التقييم والتشخيص

في مجال الإعاقة البصرية

الأستاذ الدكتور
إيهاب الببلاوي
أستاذ التربية الخاصة



دار الزهـــراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

التفسير والتشخيص

في مجال الإعاقة البصرية

الأستاذ الدكتور
إيهاب الببلاوي
أستاذ التربية الخاصة

دار الزهراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

ح دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٣٤ هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر
البلاوي ، إيهاب عبد العزيز
التقييم والتشخيص في مجال الإعاقة البصرية ./ إيهاب عبد العزيز البلاوي .- الرياض ، ١٤٣٤ هـ
٣٦٢ ص ، ١٧×٢٤ سم
ردمك : ٢ - ٧١ - ٨١٢٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨
١- الإعاقة البصرية .
٢- المكفوفون - رعاية . أ. العنوان
ديوي ٣٦٢٫٤١ ١٤٣٤/٣٣٢٠

رقم الإيداع : ١٤٣٤/٣٣٢٠
ردمك : ٢ - ٧١ - ٨١٢٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨

الطبعة الأولى
١٤٣٤هـ/٢٠١٣م

الرياض - العليا : بين شارعي العليا والضباب ت : ٤٦٤١١٤٤/٦ - ف : ٤٦٥٩٥٣٧
القصيم - بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت : ٣٨٥٠٠٤٣ - ف : ٣٨٥٠١٣١
القاهرة - ١٣٤شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس ٢٤٠٤٦٣٢٩
E-mail: dar_alzhraa@hotmail.com ozahraa@hotmail.com
Buraydh: ozahraa2@hotmail.com Cairo: ozahraa3@hotmail.com

الإهداء

إلى

إلى القائمين على تربية ذوي الإعاقة البصرية

إلى طلاب العلم والباحثين والمهتمين بمشكلاتهم

وإلى الأخصائيين والمرشدين في مجال ذوي الإعاقة البصرية

إلى كل هؤلاء نهدي هذا العمل المتواضع .

المؤلف

الحمد لله حمد الشاكرين ، والصلاة والسلام على سيد المرسلين وإمام الأولين والآخرين سيدنا محمد صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وسلم الذي حثنا على رعاية المعوقين وأوصى بالضعفاء فقال : إبغونى في الضعفاء ، فإنما تُرزقون وتُنصرون بهم . وبعد :

وفي ضوء الموضوع الذي يعالجه الكتاب الحالي، وفي ضوء ما أتيح للمؤلف من مادة علمية طوال فترة كتابته وهي فترة ليست بالقصيرة، أمكن تقسيم محتوى الكتاب إلى تسعة فصول تناول المؤلف في الفصل الأول مدخل لتشخيص وتقييم ذوي الإعاقة البصرية والذي تضمن مفاهيم ومصطلحات في مجال القياس والتقويم، وأهداف تقييم ذوي الإعاقة البصرية، وشروط تقييم ذوي الإعاقة البصرية، وأخطاء تقييم ذوي الإعاقة البصرية، وأهمية تقييم ذوي الإعاقة البصرية، وفوائد عملية تقييم ذوي الإعاقة البصرية، وشروط التقويم الجيد لذوي الإعاقة البصرية، وقضايا ومشكلات في تقييم ذوي الإعاقة البصرية، وبعض المشكلات الأساسية في القياس والتقويم في التربية الخاصة، ومسئوليات أخصائي القياس في إجراء الاختبارات النفسية.

أما الفصل الثاني فريق تقييم وتشخيص الإعاقة البصرية والذي تضمن فريق تقييم وتشخيص الإعاقة البصرية، وأدوار أعضاء فرق العمل، وأخصائيو طب العيون، وفريق التمريض بالمدرسة، ومديرو المدارس، ومشرفو التربية الخاصة، ومعلمو التعليم العام، ومعلمو التربية الخاصة، ومعلم غرفة المصادر، وأولياء الأمور الطلاب، والأخصائيون النفسيون بالمدرسة، والمرشدون الطلابيون في المدرسة، والطالب ذي الإعاقة البصرية.

فيما تناول الفصل الثالث وسائل وأدوات تقييم وتشخيص ذوي الإعاقة البصرية والذي تضمن كل من المقابلة، والملاحظة، ودراسة الحالة.

الفصل الرابع التشخيص الطبي للإعاقة البصرية والذي تضمن الأعراض التي يظهرها الأطفال ذوو المشكلات البصرية، والقدرة البصرية، وميادين قياس البصر.

بينما تناول الفصل الخامس: تقييم مهارات التوجه والحركة لدى ذوي الإعاقة البصرية والذي تضمن الخصائص الحركية لدى المكفوفين، ومفهوم التوجه والحركة (المفهوم – الأهمية) ، وأخصائي التوجه والحركة، والعوامل المؤثرة في عملية تعلم الكفيف لطرق وأساليب الحركة والتنقل، وأهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة والتنقل، وأهداف تدريب الطفل الكفيف على الحركة والتنقل، وتقييم مهارات التوجه والحركة.

أما الفصل السادس: التقييم العقلي – المعرفي لذوي الإعاقة البصرية فقد تضمن شخصية الطفل الكفيف والعوامل المؤثرة فيها، والخصائص النفسية للكفيف، والتقييم النفسي ذوي الإعاقة البصرية.

بينما اشتمل الفصل السابع : التقييم النفسي لذوي الإعاقة البصرية والذي تضمن آثار الإعاقة البصرية على النمو العقلي – المعرفي، وتقييم ذكاء ذوي الإعاقة البصرية

بينما الفصل الثامن: التقييم النفس اجتماعي لذوي الإعاقة البصرية فقد تضمن اتجاهات الأسرة نحو الكفيف، واتجاهات المجتمع نحو الكفيف، والتقييم النفس اجتماعي ذوي الإعاقة البصرية.

وأخيرا تناول الفصل التاسع: التقييم الأكاديمي لذوي الإعاقة البصرية والذي تضمن القراءة بطريقة برايل، والعوامل المؤثرة على القراءة بطريقة برايل، وأهداف تعليم القراءة بطريقة برايل، وأهم المبادئ المتبعة عند تعليم القراءة بطريقة برايل، والكتابة بطريقة برايل، والاعتبارات الواجب مراعاتها عند الكتابة الصحيحة بطريقة برايل.

المؤلف

الفصل الأول

مدخل لتقييم وتشخيص ذوي الإعاقة البصرية

الفصل الأول

مدخل لتقييم وتشخيص ذوي الإعاقة البصرية

مقدمة:

تعد عملية تقييم ذوي الإعاقة البصرية ركناً أساسياً من أركان التربية الخاصة وذلك لأهمية هذه العملية والتي تتمثل في التعرف عليهم وتشخيص إعاقتهم باستخدام أدوات القياس الخاصة ومن ثم تحديد الوضع التربوي الملائم لهم وإعداد البرامج التربوية والأساليب التدريسية المناسبة لهم وما إلى ذلك. ونتيجة لازدهار حركة القياس والتشخيص في مجال التربية الخاصة ظهرت أدوات تتناسب مع كل جانب من جوانب ذوي الإعاقة البصرية، وتوفرت فيها دلالات صدق وثبات ومعايير تبرر استخدامها بفاعلية.

إن جل الاهتمام في التقييم ينصب على فئة الشخص ذي الإعاقة البصرية. والتقييم ليس مفيداً للأخصائيين فقط، ولكنه مفيد أيضاً لذوي الإعاقة البصرية أنفسهم حيث أنه يزودهم بالوعي الذاتي بقدراتهم والاهتمامات الشخصية. والتقييم ضروري بالنسبة للذين يولدون مكفوفين والذين يفقدون بصرهم بعد الولادة.

فيما يتعلق بذوي الإعاقة البصرية منذ لحظة الولادة يجب أن تكون عملية التقييم عملية متواصلة أثناء سنين الدراسة لتحديد قدراتهم وعجزهم ومدى تقدمهم. فالتقييم الموضوعي المتواصل أمر لا غنى عنه للتخطيط للبرامج التربوية. أما فيما يتعلق بتقييم ذوي الإعاقة البصرية الذين فقدوا بصرهم بعد الولادة فالتقييم يحاول تلبية حاجات مختلفة ففي هذه الحالة يكون الشخص قد اجتاز المراحل النمائية الأولى كشخص مبصر. وتقييم هؤلاء الأشخاص يحاول تحقيق هدفين هما

(أ) فهم الأداء الحالي للشخص والقدرات التي يتمتع بها.

(ب) التخطيط للأهداف طويلة المدى بهدف مساعدة ذوي الإعاقة البصرية على اجتياز المراحل النمائية اللاحقة (الحديدي، ٢٠٠٦).

مفاهيم ومصطلحات في مجال القياس والتقويم

في البداية يجب أن نتعرف على الفروق بين عدد من المصطلحات المهمة في هذا المجال، وهي (القياس، والتقييم والتشخيص، والتقويم)، وذلك حتى لا يحدث تداخل بين مضامينها وسوء فهم عند ذكر أي منها، وهي:

مفهوم القياس Measurement

القياس هو عملية وصف المعلومات (وصفا كميًا)، أو بمعنى آخر استخدام الأرقام في وصف وتبويب وتنظيم المعلومات، أو البيانات في هيئة سهلة موضوعية يمكن فهمها ومن ثم تفسيرها في غير ما صعوبة (عبد الرحمن، ١٩٩٧).

وعمليات القياس يمكن أن تتم عن طريق العد، أو عن طريق أداة، أو وسيلة نحدد بواسطتها مقدار الخاصية المتوفرة في الشيء، أو الشخص. فنحن نستخدم مثلا الميزان لقياس وزن الشخص، ونستخدم المتر لقياس الأطوال، كما نستخدم اختبار ذكاء لقياس نسبة، أو معامل الذكاء (IQ) عند الأشخاص، أو نستخدم الاستبيانات لمعرفة اتجاهات و ميول الأشخاص نحو شيء ما (أبو زينة، ١٩٩٢).

ومن المعلوم أن القياس النفسي لا يختلف كثيرًا عن القياس التربوي في شيء فهما يقتصران على موضوع واحد وهو سلوك الفرد باعتباره محصلة عدة قوي تعكس لنا صورة نشاطه العقلي/ المعرفي المتمثل في: القدرة العقلية العامة، أو الذكاء، واستعداداته، وقدراته الطائفية وتحصيله، وأيضًا نشاطه الانفعالي/ الوجداني المتمثل في: ميوله، واتجاهاته، وقيمه، وسماته الشخصية، وأخيرا نشاطه المهاري الحركي، أو ما

يعرف باسم النفسحركي: إضافة إلى أن القياس النفسي نشأ ونما في أحضان التربية. فمعظم المقاييس النفسية جريت و قننت على عينات من التلاميذ في مختلف الفرق الدراسية وفي العديد من المؤسسات التربوية. ولا يزال علم النفس يأخذ من مشكلات التربية دفعات قوية يحسن بها أدواته (مراد و وسليمان. ٢٠٠٢).

مفهوم التقييم، أو التقدير Assessment Or valuation

عادة ما يستخدم مصطلح التقييم للإشارة إلى مناهج جمع المعلومات الرسمية. وغير الرسمية على حد سواء. وتوحيد هذه المعلومات بأسلوب شامل للوصول إلى حكم عام. وفي بعض الأحيان يستخدم مصطلح التقييم بصورة أكثر دقة لأغراض التشخيص السريري لمشكلات الفرد (مهرنز وليمن. ٢٠٠٣).

إذن التقييم- بوجه عام - عملية يتم من خلالها الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات من مصادر مختلفة عن الطفل موضع التقييم: وذلك باستخدام الاختبارات التحصيلية والنفسية والاجتماعية. إضافة إلى إجراء المقابلات والملاحظات. وذلك لتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الطفل للمساعدة في إعداد برنامج تربوي. أو تأهيلي. أو علاجي يتناسب مع قدرات هذا الطفل (سيالم. ٢٠٠٢).

وهذا يعني فيما يري أبو لبده (١٩٨٢. ٦٥) أن التقييم أوسع من القياس بكثير. فالقياس يتم باستعمال اختبار. أو فحص فقط. أما التقييم فيلجأ إلى أساليب أخرى بالإضافة إلى القياس: مثل: السجلات القصصية. وقوائم التقدير. والسجل التراكمي. وآراء المدرسين. وأدوات أخرى.

مفهوم التشخيص Diagnosis

مصطلح التشخيص بدأ في ميدان الطب ثم استخدم في ميادين العلاج النفسي. والإرشاد النفسي. والخدمة الاجتماعية والتعليم العلاجي. ويقصد به تحديد نوع

المشكلة، أو الاضطراب، أو المرض، أو الإعاقة التي يعاني منها الفرد، ودرجة شدتها (حافظ، ١٩٩٨).

والتشخيص بصفة عامة هو تحديد نمط الاضطراب الذي أصاب الفرد على أساس الأعراض والعلامات، أو الاختبارات والفحوص. وكذلك تصنيف الأفراد على أساس المرض، أو الشذوذ، أو مجموعة من الخصائص (عبد الحميد وكفافي،١٩٩٠).

مفهوم التقويم Evaluation

يتضمن مفهوم التقويم: "عملية إصدار الحكم على قيمة الأشياء، أو الأشخاص، أو الموضوعات"، وهو بهذا المعنى يتطلب استخدام المعايير norms، أو المستويات standards، أو المحكات criteria لتقدير هذه القيمة value. كما يتضمن أيضًا معنى التحسين، أو التعديل، أو التطوير الذي يعتمد على هذه الأحكام (أبو حطب وعثمان، ١٩٧٣).

وفي نفس السياق عرف مراد وسليمان (٢٠٠٢) التقويم بأنه "تقدير قيمة الشيء و الحكم عليه، فتقويم المعلم لطلابه يعنى إعطاء كل طالب درجة بقصد معرفة المستوى الذي وصل إليه التلميذ في فهم الدروس، وهي ما تسمى بعملية القياس. ويتبع هذه العملية إصدار حكم على التلميذ في ضوء معايير محددة مسبقا، ويلي ذلك اقتراح أساليب للعلاج و تطوير الأداء. وبذلك فإن التقويم يتضمن عمليتين هما: القياس، واصدار الحكم وتقديم مقترحات لعلاج أوجه القصور و تحسين الأداء".

وللتفرقة بين القياس والتقويم تشير الغريب (١٩٧٠) نجد أن القياس أضيق في معناه من التقويم فهو يعنى غالبًا جمع معلومات و ملاحظات كمية عن موضوع القياس.

ويمكن تحديد الفروق بين القياس والتقويم في النقاط التالية:

(١) القياس يقيس الجزء، والتقويم يتناول الكل، فإذا كان القياس يعني بنتائج التحصيل، فإن التقويم يتناول السلوك والمهارات والقدرات والاستعدادات وكل ما يتعلق بالعملية التربوية مرورا بالمنهج والمعلم والتوجيه الفني والمبنى المدرسي والمكتبة... وما إلى ذلك.

(٢) القياس وحده لا يكفي للتقويم لأنه ركن من أركانه ،فإذا قلنا أن وزن شخص ما أربعون كيلو جرامًا مثلاً فإن هذا التقدير الكمي لا يمدنا بأية فكرة عما إذا كان هذا الشخص يتمتع بصحة جيدة، أو يعاني ضعفًا ما في صحته، أو عما إذا كان هذا الوزن مناسبًا لذلك الشخص أم لا، والطبيب عندما يكشف على المريض يبدأ بقياس النبض والحرارة والضغط ليسهل عليه تشخيص المرض فإذا تم تشخيصه للمرض وإذا درس التغيرات الطارئة على صحة المريض، وقدر مدى التحسن في حالته، وأثر العلاج في ذلك فإن هذا يعد تقويمًا.

(٣) التقويم عملية شاملة بينما القياس عملية محددة فتقويم التلميذ يمتد إلى جميع جوانب نموه من قياس ذكاء وتحصيل وتعرف على عاداته واتجاهاته العقلية والنفسية والاجتماعية وجمع معلومات كمية، أو وصفية لها علاقة بتقدمه، أو تأخره سواء كان ذلك عن طريق القياس، أو الملاحظة، أو المقابلة الشخصية، أو الاستفتاءات، أو بأية طريقة من الطرق، وتقويم المنهج يمتد إلى البرامج والمقررات وطرق التدريس والوسائل والأنشطة وعمل المعلم والكتاب المدرسي أما القياس فهو جزئي يقتصر على شيء واحد فقط، أو نقطة واحدة كقياس التحصيل والأطوال والأوزان مثلا، أي أن التقويم أعم من القياس وأوسع منه من حيث المعنى.

(٤) يهدف التقويم إلى التشخيص والعلاج، ويساعد على التحسن والتطور، أما القياس فيكتفي بإعطاء معلومات محددة عن الشيء، أو الموضوع المراد قياسه.

(٥) يرتكز التقويم على مجموعة من الأسس مثل الشمول والاستمرارية والتنوع والتكامل ... الخ، بينما يرتكز القياس على مجموعة من الأدوات، أو الوسائط يشترط فيها الدقة المتناهية.

أهداف تقييم ذوي الإعاقة البصرية:

هناك العديد من الأهداف التي يسعى إليها في مجال تقييم وتشخيص ذوي الإعاقة البصرية وقد أوردت الحديدي (٢٠٠٦) ما يلي:

(١) الكشف عن حالات الإعاقة البصرية والتعرف عليها، وهذا يتحقق عن طريق تحديد السلوكيات والمظاهر التي يبديها الطفل، ويقوم بالتشخيص الطبي عادة طبيب العيون وأخصائي القياس البصري.

(٢) تستخدم الاختبارات الرسمية وغير الرسمية للتعرف على معاملات الذكاء والتحصيل؛ بالإضافة إلى استخدام قوائم التقدير لتحديد الوظيفة البصرية، والتوجه والحركة، والسلوك الاجتماعي.

(٣) التعرف على مدى حاجة الفرد إلى الخدمات التربوية الخاصة. وتشخيص الحالة البصرية أمر ضروري للتعرف على درجة الإعاقة وطبيعتها ليتمكن الأخصائي من تحديد المكان التربوي المناسب، والتعرف على نواحي التعلم الضرورية لتحديد ماذا وكيف يدرس الطالب.

(٤) تقويم أداء الطالب للتعرف على طبيعة التغير الحاصل لديه نتيجة استخدام الأساليب التدريسية الخاصة والأدوات والوسائل التعليمية. والطرق التي يستطيع المعلم استخدامها في التقييم قد تفي بهذا الغرض.

(٥) تحديد فعالية البرنامج التعليمي والاستراتيجيات التربوية وطرق التدخل العلاجي المستخدمة.

وكما أشير سابقا، فإن التقييم يهدف بشكل عام إلى التخطيط للبرامج المناسبة ولتحقيق ذلك تنفذ عملية التقييم وفق الخطوات التالية:

(١) تحديد مشكلات ذي الإعاقة البصرية بدقة، وإحدى الطرق المناسبة لذلك هي أن يحدد المعلم والأهل طبيعة المشكلة وخصائصها بأوصاف دقيقة.

(٢) جمع المعلومات المتعلقة بوضع ذي الإعاقة البصرية في البرنامج المدرسي السابق ووضعه في البيت وعلاقته مع الآخرين والقيام بملاحظات مباشرة في ظروف مختلفة لتحديد المشكلات التي يتعرض لها الفرد ومقارنة وضعه في ظروف أخرى لا تظهر فيها المشكلات.

(٣) اختيار أدوات وطرق تقييم مناسبة فيما أن حاجات ذوي الإعاقة البصرية متنوعة ومتفاوتة فمن الصعب تصميم بطارية اختبارات واحدة، أو اقتراح إجراءات ثابتة وموحدة تلبي حاجات كل الطلاب. والمعلمون هم أفضل من يقدم معلومات مفيدة ووظيفية عن النمط التعليمي والحاجات التربوية للطالب. وبما أن المقاييس المناسبة لتقييم ذوي الإعاقة البصرية قليلة فقد يكون هناك حاجة لإجراء تعديلات على الاختبارات: مثل: إطالة الوقت المخصص لتطبيق الاختبار، وتوسيع مدى الدرجات، وتكييف الإرشادات لتصبح بالطريقة التي يفهمها الطالب. وعند تفسير النتائج، يراعى أخصائي القياس التأثيرات المحتملة للإعاقة البصرية على أداء الطالب.

(٤) تجمع المعلومات وتوضح في تقرير يكتب بلغة سهلة ويقدم اقتراحات حول المكان التربوي ومحتويات البرنامج التربوي الفردي المقترح. وعند تقديم التفسيرات يؤخذ في الاعتبار العوامل ذات العلاقة بالإعاقة البصرية كشدة الإعاقة، والعمر عند الإصابة، والإعاقات المصاحبة. فعلى سبيل المثال، قد يكون أداء الطالب ضعيفا في القراءة بسبب تدني شدة الإضاءة، وليس بسبب وجود مشكلة في مهارة القراءة.

(٥) صياغة الأهداف السنوية والسلوكية وتحديد إجراءات التدخل في البرنامج التربوي الفردي وتحديد مسئوليات الأخصائيين فيما يتعلق بتطبيق البرنامج.

(٦) ضبط عملية تقديم الخدمات وتقويمها بطرق مختلفة لتعديل ما هو غير مناسب منها والمتابعة لتعديل برنامج التدخل.

شروط تقييم ذوي الإعاقة البصرية:

لقد أوضح سيسالم (٢٠٠٢) أنه ينبغي عند تقييم الطفل ذي الإعاقة البصرية مراعاة النقاط الجوهرية التالية:

(١) يجب أن تكون الاختبارات ومواد التقييم بلغة يفهمها الطفل ذي الإعاقة البصرية.

(٢) يجب أن يطبق الاختبار بواسطة متخصص مُدَرب على إجراء مثل هذا النوع من الاختبارات على الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

(٣) يجب أن تكون عملية التقييم شاملة لتشمل جميع جوانب نمو الطفل ذي الإعاقة البصرية ، وليس فقط الجانب العقلي.

(٤) يجب عدم الاعتماد على أداة تقييم واحدة، بل يجب أن تتعدد أدوات التقييم.

(٥) يجب أن يشارك في عملية التقييم فريق عمل متكامل وليس شخص واحد.

(٦) لا يجب أن تكون أدوات التقييم المستخدمة مصممة لثقافة، أو لجنس يختلف عن ثقافة وجنس الطفل ذي الإعاقة البصرية.

(٧) يجب أن يراعي في عملية التقييم أن الهدف الأول من القيام بها هو التصنيف أي تحديد جوانب الضعف والقوة والكشف عن الاستعدادات الكامنة، أما الهدف الثاني فهو التخطيط لبرنامج تربوي فردي للطفل ذي الإعاقة البصرية يتناسب وطبيعة احتياجاته الخاصة.

أخطاء تقييم ذوي الإعاقة البصرية:

من الطبيعي أن توجد أخطاء في القياس في أي ميدان من ميادين القياس في العلوم الإنسانية، وأخطاء القياس ناتجة من أحد المصادر التالية، أو منها جميعًا. و لقد حدد كل من: أبو لبدة (١٩٨٢)؛ ومراد وسليمان (٢٠٠٢)؛ والظاهر وتمرجيان وعبد الهادي (٢٠٠٢) هذه الأخطاء في النقاط الثلاث التالية:

١- عدم حساسية أدوات القياس:

بعض أدوات القياس أكثر دقة من البعض الآخر، فالميزان الحساس أكثر دقة من الميزان الزنبركي. إذ أن الأول يعطينا الوزن بأجزاء الجرام، أما الثاني فيعطينا الوزن بالكيلو جرام فقط ولا يقيس الجرامات الزائدة. وفي ميدان التربية الخاصة فإن أدوات القياس النفسي والتربوي المستخدمة في قياس الصفات (السمات) المراد قياسها ليست حساسة في قياس تلك الصفات، أو السمات بالصورة التي عليها الأوزان، أو القياسات الفيزيقية.

٢- عدم ثبات، أو دوام الظاهرة المقيسة:

معظم ما نقيس في ميدان التربية الخاصة يتصف بالدينامية أي متقلب ومتغير فالشخص ذو الاحتياجات الخاصة الذي نقيس أداؤه هو كل ساعة في شأن. فهو الآن سليم معافى، ولكنه قد يشعر بعد قليل بالتعب، أو الملل، أو الضجر، أو يفقد اهتمامه وتنخفض فاعليته، أو يتأثر أيضًا بدرجة الحرارة و التهوية والإضاءة وبقية المتغيرات البيئية، ولذا فإننا نحاول أن نقترب من الحقيقة بأخذ عدة قياسات ثم استخراج متوسطها واعتباره أقرب ما يكون لأدائه. أما الفرق بين متوسط القياسات وأي قياس فيعد خطأ في القياس.

٣- خطأ الملاحظة:

من المعلوم أن الأفراد ذوي الإعاقة البصرية يختلفون فيما بينهم في دقة الملاحظة لظاهرة ما ويرجع ذلك إلى ظاهرة الفروق الفردية بينهم والتي تتضح عند قياس زمن الرجع، وأخطاء الملاحظة يمكن مشاهدتها بين الجماعات، أو لدى الفرد نفسه. لذلك يفضل قياس الظاهرة عدة مرات بواسطة الفرد نفسه حتى تثبت قراءتان متتاليتان. إذ تختلف دقة الملاحظة من شخص لآخر فلو طلبنا من عدة معلمين قياس طول طفل فسيعطوننا أطوالا مختلفة مع أن أداة القياس هي نفسها لم تتغير وكذلك الطفل موضوع القياس، وقد تكون هذه الأطوال ١٥٠.٠٠، ١٥٠.٥٠، ١٥٠.٤٠، ١٥٠.٧٠ .... وهذه الفروق في القياسات ممكنة الحدوث لدى الشخص نفسه إذا قام بالقياس عدة مرات.

أهميـة تقييـم ذوي الإعاقة البصرية:

يستمد التقويم أهميته الأساسية في مختلف الميادين من ضرورة الاعتماد عليه في قياس وتقدير مدى تحقق الأهداف المنشودة من كل عملية وفي كل ميدان وبخاصة في الميدان التعليمي حيث تظهر أهميته فيما يلي:

(١) يعد التقويم ركنًا أساسيًا في العملية التربوية بصفة عامة، وركنًا من أركان عملية بناء المناهج بصفة خاصة.

(٢) لم يعد التقويم مقصورًا على قياس التحصيل الدراسي للمواد المختلفة، بل تعداه إلى قياس مقومات شخصية الأطفال ذوي الإعاقة البصرية من شتى جوانبها، وبذلك اتسعت مجالاته وتنوعت طرقه وأساليبه.

(٣) أصبح التقويم في عصرنا الحاضر من أهم عوامل الكشف عن المواهب وتمييز أصحاب الاستعدادات والميول الخاصة وذوي القدرات والمهارات الممتازة.

(٤) التقويم ركن مهم من أركان التخطيط لأنه يتصل اتصالا وثيقا بمتابعة النتائج وقد يكتشف التقويم عن قصور المناهج، أو الوسائل، أو عن قصور في الأهداف فينتهي إلى نتائج وتوصيات تعرض على التخطيط، ثم تأخذ سبيلها للتنفيذ حيث تبدأ المتابعة فالتقويم من جديد ... وهكذا

(٥) التقويم يساعد كل من المعلم والأطفال ذوي الإعاقة البصرية على معرفة مدى التقدم في العمل المدرسي نحو بلوغ أهدافه وعلى تبين العوامل التي تؤدي إلى التقدم، أو تحول دونه ثم على دراسة ما يلزم عمله للمزيد من التحسين والتطوير.

فوائد عملية تقييم ذوي الإعاقة البصرية:

يحظى التقييم النفسي- التربوي الموضوعي والمفيد باهتمام بالغ في الأوساط التربوية الخاصة في الوقت الحالي لما له من دور مهم في تشخيص الصعوبات المعرفية والسلوكية والانفعالية واقتراح البرامج العلاجية والتصحيحية اللازمة. وقد تأثرت أدوات القياس وأساليبه مؤخرا ببعض العوامل المحددة ومنها التشريعات ومعايير الممارسة المهنية المتقدمة. وكان لهذه العوامل أثر على الجوانب النظرية والتطبيقية للقياس والتقييم في مجال التربية الخاصة أيضا. فأدوات القياس مثلا يجب أن تتمتع بدلالات صدق وثبات مقبولة. وكذلك يجب أن تتحقق في هذه الأدوات متطلبات التقنين والوصف الكمي للنتائج.

فوائد التقييم بالنسبة للمتعلم:

(١) أنه يشكل قاعدة تنطلق منها عملية التعلم. فالتعليم الذي لا يأخذ مستوى الأداء الحالي بعين الاعتبار لن يؤدي إلى التغيير. وتبعا لذلك. فالتقويم لا يوضح للمعلم ماذا يعلم فقط وانما يساعد على تحديد محتويات المادة التعليمية أيضا.

(٢) أن معرفة المتعلم لمستوى التقدم الذي يحققه يشجعه على الاستمرار في التعلم. فالتغذية الراجعة (أي معرفة الفرد بالتحسن الحاصل في أدائه) لها أثر ايجابي على أدائه المستقبلي. وتوضح الدراسات المتعددة في مجال تعديل السلوك أن التغذية الراجعة الايجابية تساعد المتعلم على الحفاظ على السلوك المكتسب وتزيد من دافعيته للتعلم.

(٣) إن الاهتمام بالطالب من خلال تقويم أدائه يزيد من أهمية الطالب كإنسان إذ لا ريب في أن البرنامج التربوي بكامله قد وضع من أجل الطالب.

فوائد التقييم للمعلم:

(١) أن في جمع البيانات عن تحسن أداء الطالب تأكيداً للمعلم على أنه قادر على تعليم الطالب بفعالية. وبالنسبة لمعلم ذوي الإعاقة البصرية فهذه البيانات توضح له أن الطالب الكفيف قادر على التعلم. وهذه الحقيقة تعمل بمثابة عامل مهم في تعزيز الاتجاهات الايجابية نحوه.

(٢) إن تقويم التعلم مفيد للمعلم لأنه يساعد على تعديل وتطوير استراتيجيات التعليم التي تؤدي إلى تحقيق تعلم أفضل.

(٣) يزود تقويم التعلم المعلم بتغذية راجعة عن مدى ملائمة البرنامج التعليمي لحاجات الطالب وقدرات، وعلى تطويره ليلبي تلك الحاجات.

وهناك الكثير من الفوائد الأخرى التي يوفرها التقويم للإداريين وواضعي المناهج والآباء. فتوجيه المنهاج وتحسين فعالية التعليم بناء على محكات معينة، وتحديد مستويات الطلاب الأكاديمية وتحليل الوضع التعليمي الراهن، والتنبؤ بالحصيلة التربوية المستقبلية، هي من بين المسائل المهمة التي تعني بها تلك الجهات جميعها، والتي لا يمكن عمل أي شيء بصددها ما لم يوفر القياس معلومات ضرورية بشأنها.

شروط التقويم الجيد لذوي الإعاقة البصرية:

من أهم سمات التقويم الجيد في التربية الخاصة ما يلي:

(١) الاتساق مع الأهداف:

من الضروري أن تسير عملية التقييم في المجال الأكاديمي مع مفهوم المنهج وفلسفته وأهدافه: فإذا كان المنهج يهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في كل جانب من جوانب النمو. وإذا كان يهدف إلى تدريب الأطفال ذوي الإعاقة البصرية على التفكير وحل المشكلات وجب أن يتجه إلى قياس هذه النواحي. أما إذا كان مجال التقويم نفسيا. أو اجتماعيا فهنا ينبغي تحديد الهدف من القياس. وما يترتب عليه من نتائج تلعب دورا في تشخيص حالة الأطفال ذوي الإعاقة البصرية وإعداد البرامج بناء على ما توصلنا إليه من نتائج.

(٢) الاستمرارية:

ينبغي أن يسير التقويم جنبا إلى جنب مع عمليات التعلم من بدايته إلى نهايته فيبدأ منذ تحديد الأهداف ووضع الخطط ويستمر مع التنفيذ ممتدا إلى جميع أوجه النشاط المختلفة في المدرسة وإلى أعمال المدرسين. حتى يمكن تحديد نواحي الضعف ونواحي القوة في الجوانب المراد تقويمها. وبالتالي يكون هناك متسع من الوقت للعمل على تلافي نواحي الضعف والتغلب على الصعوبات.

(٣) التكامل:

نظرا إلى أن الوسائل المختلفة والمتنوعة للتقويم تعمد إلى تحقيق غرض واحد فإن التكامل فيما بينها يعطينا صورة واضحة ودقيقة عن الموضوع. أو الفرد المراد تقويمه وهذا عكس ما كان يتم في الماضي إذ كانت النظرة إلى الموضوعات. أو المشكلات نظرة جزئية أحادية أي من جانب واحد. وعندما يحدث تكامل وتنسيق بين وسائل

قضايا ومشكلات في تقييم ذوي الإعاقة البصرية:

وقد عرض الكيلاني، الروسان (٢٠٠٦) عدد من القضايا والمشكلات في تقييم ذوي الإعاقة بوجه عام، والتي تستدعي جهودًا مكثفة من الهيئات الرسمية وغير الرسمية، ومن المؤسسات الأكاديمية، والتربوية، والبحثية لمواجهة هذه القضايا، والعمل على تطوير إمكانياتها العلمية والتقنية للتغلب عليها واستبعاد آثارها السلبية، وفيما يلي تلخيص لأبرز هذه القضايا والمشكلات في العالم العربي:

(١) قصور خدمات القياس والتقويم والتشخيص في مجالات التربية الخاصة عن تلبية الحدود الدنيا لمتطلباتها، ويتمثل هذا القصور في النقص الحاد في أدوات التقويم والتشخيص الخاصة بكل فئة.

(٢) نقص الكوادر المدربة على استخدام أدوات القياس، إذ تفتقر مراكز التربية الخاصة إلى مختصين يحملون مؤهلات علمية متخصصة في المستوى الجامعي في ميادين علم النفس والتربية الخاصة، مما ينعكس سلبًا على تعرف حالات الأطفال غير ذوي الإعاقة، وعلى تصنيف وعمليات إحالتهم للمسارات العلاجية والتربوية المناسبة.

(٣) اعتماد أساليب تقليدية في التقويم والتشخيص تقتصر على الملاحظة والمقابلة دون أن تتوفر لها إمكانات التقويم المتعدد الجوانب. وقد تستخدم أساليب طبية دون غيرها، أو طرق سيكومترية تعتمد على بعض المقاييس، أو الاختبارات التي حدث أن طورها بعض الباحثين في جهد فردي ليس له سياق مؤسسي، أو نظام تقويمي متكامل.

(٤) التباين في أساليب التقويم والتشخيص المستخدمة في مراكز التربية الخاصة – حسب توافرها لكل مركز – دون وجود جهة تنسق الجهود وتعمل على تطوير وتوحيد أساليب تقويم خاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.

(٥) نقص المعايير المحلية لكثير من المقاييس والاختبارات المستخدمة في التربية الخاصة فقد تم تطوير معظم هذه المقاييس بجهود فردية لبعض الأكاديميين والباحثين فقتصرت تلك الجهود على تطوير أدوات قياس تتوافر لها دلالات ثبات وصدق، وتوفير معايير محلية تساعد في تفسير الأداء على هذه الأدوات - ويرجع السبب فيها إلى الكلفة الكبيرة نسبيا لعملية التقنين واستخراج المعايير والتي يصعب على باحث، أو أثنين أن يتحملا هذه الكلفة، وجدير ببعض المؤسسات الحكومية، أو التطوعية أن تمول مثل هذه العملية - ويمكن الإشارة إلى بعض المقاييس التي تم تطويرها تستخرج لها معايير محلية: مثل: مقاييس السلوك التكيفي، ومقاييس الموهوب وصعوبات التعلم، واختبارات الذكاء المصورة، وغيرها.

(٦) عدم توفر مقاييس بديلة يمكن تطبيقها بطريقة تضمن توفير الوقت والجهد والمال المتخصصة، فعلى سبيل المثال قد يصعب تطبيق مقياس للذكاء مثل مقياس ستانفورد - بينيه في صورته المعربة، بسبب نقص الكوادر المؤهلة والمدربة لتطبق وربما بسبب صعوبة تطبيقه على بعض الفئات الخاصة كذوي الإعاقة عقليا، أو المشكلات اللغوية في الوقت الذي يمكن استخدام مقياس بديل مثل مقياس جود - هارس للرسم -، أو مقياس للسلوك التكيفي ثبتت فاعليته في قياس وتشخيص حالات الإعاقة.

بعض مشكلات تقييم ذوي الإعاقة البصرية :

هناك عدد من المشكلات والعقبات التي تواجه أخصائي القياس في بعض الأحيان عند تطبيق الاختبارات والمقاييس على ذوي الإعاقة البصرية ما يلي :

(١) استخدام مقاييس تفتقر إلى دلالات صدق وثبات مقبولة:

إن إحدى المشكلات الرئيسة في القياس والتقويم في التربية الخاصة تبدو في استخدام مقاييس تفتقر إلى دلالات صدق وثبات مقبولة، أو عدم توفر صور متكافئة من

الاختبارات المستخدمة، أو عدم توفر اختبارات فرعية ضمن الاختبار الكلي لتقويم أبعاد خاصة عند المفحوصين، أو عدم توفر معايير مناسبة لتفسير أداء المفحوصين اللذين يطبق عليهم الاختبار . إذ يصعب الحكم على أداء فرد في ظاهرة ما إذا لم تتوفر أدوات قياس بالشروط و المواصفات المناسبة.

وقليلة هي الاختبارات المقننة التي توفر لها معايير مشتقة من التطبيق على مكفوفين. ويمكن القول بأنه ليس هناك حاجة إلى معايير منفصلة؛ فبعض الأخصائيين يعتقدون أن على ذوي الإعاقة البصرية أن يتنافسوا مع المبصرين في التربية والعمل، ولذلك فإن المعايير الخاصة بهم لا فائدة ترجى منها. هؤلاء يعتقدون أنه يجب مقارنة ذوي الإعاقة البصرية بالمبصرين. كذلك يمكن القول أن ذوي الإعاقة البصرية الذين يرغبون في الاندماج بالمجتمع المبصر يجب عليهم أن يتجنبوا أي شكل من أشكال الانفصال عن الآخرين، ويجب أن يتنافسوا وكأنهم مبصرون. أن في هذه الآراء شيئًا من الصحة في بعض المواقف ولكن المعايير المنفصلة لذوي الإعاقة البصرية قد تكون مفيدة أحيانًا .

(٢) استخدام طرق غير مألوفة في تطبيق الاختبار:

تتمثل تلك المشكلة في كون الإجراءات التي تتضمنها اختبارات الشخصية المقننة غير مألوفة بالنسبة لذوي الإعاقة البصرية، فالأشخاص الكفيفون - على سبيل المثال - قد لا يستطيعون التعامل مع الاختبارات التي تتطلب مهارات يدوية، أو تحتوي على صور يراد تفسيرها إلى غير ذلك من الاختبارات التي تتطلب من الشخص أن يكون لديه خبرة بصرية حول ما تطرحه هذه الاختبارات من تساؤلات، كذلك الحال مع الأشخاص الصم إذ أنهم يجدون صعوبة في التعامل مع هذه الإجراءات المتمثلة في قراءة فقرات الاختبار وتسجيل الاستجابات على هيئة أحرف، أو أرقام على

ورقة الإجابة واتباع التعليمات المكتوبة وما إلى ذلك. لذا يعتقد البعض أن الاختبارات الجمعية بوجه خاص غير مناسبة لهذا السبب.

(٣)عدم توفر الظروف الفيزيائية المناسبة لإجراء الاختبار :

خاصة عند تطبيق الاختبارات الفردية. ويقصد بذلك صعوبة توفر المكان المناسب. والجلسة المناسبة، والظروف المناسبة من حيث الإنارة و التهوية، ودرجة الحرارة، والهدوء ...الخ :مما قد يؤثر سلبًا على أداء المفحوص على الاختبار. ومن هنا تتأكد أهمية توفر الظروف المناسبة لإجراء الاختبار لأنها تهيئ المفحوص للتعبير عن أدائه الحقيقي.

(٤) استخدام أساليب غير موضوعية عند تصحيح الاختبار:

إن العديد من الاختبارات التي تقيس سمات الشخصية تعتمد في تصحيحها على أساليب غير موضوعية (ذاتية). كبعض الاختبارات، أو المقاييس الإسقاطية.

وفي مثل هذه الحالات التي يكون فيها التقييم ذاتيًا يتضح بجلاء أثر تحيز الفاحص والذي يعبر عن ذاته في اعتقاد الفاحص المسبق أن سلوك ذوي الإعاقة البصرية لا يمكن أن يكون طبيعيًا. كذلك فإن هذا النوع من التحيز يحدث خاصة عند استخدام قوائم التقدير، والمقابلات، والتي تعد من الأدوات شائعة الاستخدام في الدراسات المتصلة بسيكولوجية ذوي الإعاقة البصرية.

(٥)مشكلات تتعلق بمحتوى الاختبار:

بعد تصحيح الاختبارات المقننة فإن الطفل ذي الإعاقة البصرية يحصل على درجة ما، وهذه الدرجة يجب تفسيرها في ضوء التوزيع المعياري . وهذا التوزيع إما أن يكون مناسبًا، أو غير متوفر للحكم على أداء الطفل بموضوعية . إذ أن معظم اختبارات الشخصية تم تقنينها على أفراد مبصرين . ولذلك فإنها إذا طبقت على ذوي الإعاقة

البصرية دون تعديل، أو تقنين، فإن النتائج التي نحصل عليها عادة لا تعبر عن حقيقة ما نقيسه .

(٦) مشكلات تتعلق بلغة الاختبار:

لعل أهم حقيقة يجب تذكرها عند تقييم ذي الإعاقة البصرية هي أن الحواس الأخرى في معظم الأحيان تكون سليمة: فحاسة اللمس وحاسة السمع يمكن للمعوق بصريًا استخدامهما طوال عملية التقييم. وإذا كانت التعليمات تتطلب استخدام البصر، يجب استخدام التوجيه اللمسي واللفظي؛ فاختبارات المهارات اليدوية تشمل عادة استخدام البصر والتآزر الحركي من حيث التعليمات والمهمات الحقيقية. وفي هذه الحالات، يطلب من ذي الإعاقة البصرية أن يكتشف الشيء لمسيًا في حين يقوم الفاحص بإعطاء تعليمات لفظية ولا يستطيع الفاحص أن يقدم إيضاحات بصرية؛ لذا يجب اللجوء إلى إعطاء التعليمات لمسيًا. كذلك يجب أن يمنح ذي الإعاقة البصرية فترة إضافية وممارسات إضافية أثناء مرحلة التعرف الأولية. وانه لأمر ضروري أن يتعرف ذي الإعاقة البصرية على كل الأشياء والأجزاء في الاختبار وذلك بهدف تعويضه عن المعلومات التي يكتسبها المبصر باستخدام حاسة البصر. وعلى الرغم من أن ذلك يعني تعديل طريقة تطبيق الاختبار إلا أنه الأسلوب الوحيد للحصول على صورة صادقة عن قدرات المفحوص.

أما الاختبارات الأخرى فهي لا تتطلب استخدام حاسة اللمس ومن هذه الاختبارات اختبارات الذكاء والتحصيل والميول والشخصية. وأكثر الأساليب استخدامًا تشمل قراءة الفقرات للمفحوص وتسجيل استجاباته. وهذا الأسلوب يضمن تغطية جميع الفقرات وهو مناسب للمفحوصين الذين لا يقرأون برايل وهو يستغرق وقتًا أقصر من الاختبارات المعدة بطريقة برايل. والمشكلة الأساسية في هذه الحالة هي صدق الاختبار، فالمفحوص لا يعطي الفرصة ليجيب بنفسه. فوجود شخص يقرأ

فقرات الاختبار قد يزيد من مستوى القلق، أو قد يؤثر في الاستجابات لسبب، أو لآخر. وعندما يطلب من المفحوص أن يتذكر سؤالا معقدا، أو أجوبة متعددة يصبح التذكر أمرا أكثر صعوبة وهذا الأمر يخلق تحيزا في الاستجابة.

إحدى الطرق للتغلب على المشكلات التي قد تنجم عن وجود شخص يقرأ الاختبار هو تسجيل الاختبار على شريط. وفي مثل هذه الحالة يجب تصميمه بطريقة مناسبة لتسجيل استجابات المفحوص. وعموما، يجب أن يكون هدف الفاحص هو الحد من تعديل وضع الاختبار إلى أكبر قدر ممكن. وفي نفس الوقت إعطاء المفحوصين الفرص الكافية للتعبير عن قدراتهم الحقيقية .

(٧) صعوبة الإعداد الجيد للتقرير :

سواء فيما يتعلق بأداء ذوي الإعاقة البصرية، أو عدم استكمال العناصر الأساسية التي يفترض أن يتضمنها التقرير، إذ نجد الكثير من التقارير تخلو من المعلومات المتعلقة بسبب إحالة المفحوص، أو أسماء الاختبارات المستخدمة، أو العرض الجيد للنتائج بطريقة تسهل تفسيرها، أو توصيات مقترحة للعمل بموجبها استنادا إلى نتائج المفحوص.

(٨) مشكلة عدم كفاية الفاحص:

وذلك من حيث تأهيله، وتدريبه، وخبراته، ومهاراته في تطبيق الاختبارات: مما قد ينعكس تأثيره سلبا على تقدير الأداء الحقيقي للمفحوص. كما تنشأ مشكلات من تعدد الأشخاص الذين يسمح لهم بتطبيق الاختبار، إذ قد تتضمن تعليمات التطبيق إمكانية أن يقوم أي واحد من عدة أشخاص بتطبيق الاختبار من قبيل : معلم الصف العام، أو معلم التربية الخاصة، أو الطبيب، أو المرشد الطلابي . . الخ : فعندما تعطى الصلاحية لمثل هؤلاء الأشخاص في تطبيق الاختبار فمن المتوقع أن يكون هناك تباينا في كفايتهم في التطبيق، ومن ثم هناك أيضا تباينا في النتائج التي يتوصل إليها كل منهم عن المفحوص.

إن الذين يقومون بتقييم الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية يجب أن تتوفر لديهم الخبرة والتدريب والمعرفة اللازمة بمبادئ القياس والتقويم النفسي. ويمكن لاختصاصي القياس والمرشدين الذين حصلوا على التدريب المناسب أن يقوموا بتقييم ذوي الإعاقة البصرية على أن يتعرفوا على أساليب التكييف الخاصة والمتعلقة بالمعايير وتطبيق الاختبارات.

(٩) إساءة استخدام الاختبارات:

يقصد بذلك استخدام الاختبارات وغيرها من أدوات القياس بطرق مغايرة للإجراءات والتعليمات المحددة في أدلتها، ولغير الأغراض التي صممت من أجلها، أو استخدامها من قبل أشخاص غير مؤهلين.

(١٠) استخدام الاختبار الخطأ :

استخدام الاختبار الخطأ لحالة ذي الإعاقة البصرية، سواء كان ذلك من الناحية الفنية الإجرائية، أو من حيث توفر دلالات صدقه، وثباته، ومعاييره بمستوى مقبول، أو من حيث أغراض القياس التي صمم من أجلها.

(١١) صعوبة تفسير نتائج تقويم أداء المفحوص لذويه:

إذ يصعب في بعض الأحيان على آباء وأمهات طفلهم ذي الإعاقة البصرية فهم النتائج التي تضمنها التقرير المكتوب عن طفلهم، والتي تحققت من خلال أدائه على اختبار ما، أو بطارية من الاختبارات.

(١٢) تفسير نتائج الاختبار بطريقة غير صحيحة :

وذلك فيما يتعلق بالحالة المستهدفة بالقياس؛ مما يترتب عليه قرارات غير سليمة يكون لها آثار سلبية على المفحوص، ومدى الاستجابة لحاجاته الحقيقية.

إذ تعتمد قيمة اختبارات الشخصية على بناء الاختبار. وتفسير النتائج بطريقة حذرة، وبعض اختبارات الشخصية طورت خصيصًا لذوي الإعاقة البصرية، والبعض الآخر تم تكييفه لوصف العوامل النفسية، والاجتماعية المرتبطة بكف البصر. إن تفسير نتائج اختبارات الشخصية أمر بالغ الأهمية، وفي هذا الصدد تبرز أهمية معرفة الفاحص بالإعاقة البصرية وتأثيراتها.

(١٣) مشكلات تتعلق بالتقييم المهني:

إن المعايير الخاصة بذوي الإعاقة البصرية ذات فائدة خاصة في التقييم المهني. فلقد تبين أنهم يختارون فقرات من مقاييس الميول المهنية بطريقة مختلفة عن المبصرين: بسبب الخبرات الحياتية اليومية المختلفة، وبسبب التوقعات الاجتماعية المختلفة يميل الكفيفون نحو مهن معينة. فإذا كنا نريد معرفة ميولهم نحو مهن معينة فمن المفيد مقارنة اهتماماتهم باهتمامات الأشخاص الآخرين الذين لديهم نفس الخلفية.

ويمكن توظيف اختبارات القدرات المهنية باستخدام معايير من مجتمعات دراسية مبصرين ومكفوفين. فالفاحص قد يرغب في مقارنة مهارات معينة لدى الكفيف مع أناس مبصرين. ومن الممكن أن يهتم الفاحص بمعرفة طبيعية ومدى العجز في تكيف الشخص الكفيف وذلك من أجل تطوير برنامج لتنمية مهاراته. وقد يهتم الفاحص باستخدام معايير معتمدة على عينة من المكفوفين لتقييم أشخاص يود وضعهم في مشاغل محمية. وفي مثل هذه الحالة، لا يمكن إنكار فائدة المعايير الخاصة بالمكفوفين.

(١٤) . مشكلات تتعلق بشدة الإعاقة:

أما من حيث تقييم القدرات فإن تجزئة المعايير تبعا لمستوى الضعف البصري يعطي صورة أوضح عن قدرات ذوي الإعاقة البصرية. والأفضل هو أن يكون هناك معايير

لضعاف البصر، ومعايير للمكفوفين؛ فضعاف البصر في العادة يستخدمون البصر المتبقي لديهم لتأدية المهارات المعقدة. وبعض الفاحصين يفرقون بين المعايير المعتمدة لتقييم قدرات ذوي الإعاقة البصرية منذ الولادة وقدرات ذوي الإعاقة البصرية بعد الولادة. ومع أن هذا قد يكون مفيداً أحياناً؛ إلا أن الأهم من ذلك هو التفريق بين مستويات الضعف البصري المختلفة.

مسئوليات الأخصائي عند تطبيق الاختبارات على ذوي الإعاقة البصرية:

لقد أوضح مراد، وسليمان (٢٠٠٢) أن مسئوليات مستخدم الاختبارات النفسية تتلخص فيما يلي:

(١) التدريب المسبق على إعطاء الاختبارات: فمما لاشك فيه أن بعض الاختبارات يسهل تطبيقها على الأفراد، كما أن هناك اختبارات تحتاج من أخصائي القياس إلى تدريب مسبق قبل تقديمها للمشارك، وخير مثال على ذلك: الاختبارات الفردية التي تطبق على الأطفال الأميين من ذوي الإعاقة البصرية والتي تحتاج لتدريب أكثر من الاختبارات الجماعية، وكذلك الاختبارات الإسقاطية تحتاج إلى تدريب خاص ومكثف أكثر مما تحتاجه بعض وسائل التقرير الذاتي، أو الاستبيانات.

(٢) ألفة أخصائي القياس بالاختبار الذي سيطبقه على ذوي الإعاقة البصرية، ولذلك لابد أن يقرأ كراسة التعليمات التي تصاحب الاختبار بعناية قبل أن يقوم بتطبيق الاختبار، ويلتزم بما جاء فيها من تعليمات عن: استثارة الدوافع والتهيؤ، وإقامة علاقة اجتماعية بين أخصائي القياس وذو الإعاقة البصرية؛ ولذلك فإن التدريب المسبق يعطي أخصائي القياس نوعاً من الألفة في فن إعطاء واستخدام الاختبارات.

(٣) الالتزام بالاتجاه العلمي المحايد أثناء عملية إجراء الاختبار. ويظهر ذلك في عدم مساعدة ذوي الإعاقة البصرية على إصدار الاستجابة المرغوب فيها سواء بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة من خلال التلميحات، أو عمليات الاستحسان، وتعبيرات الوجه والإيماءات، أو الإشارات وما إلى ذلك من طرق ووسائل.

(٤) المحافظة على العلاقة الإنسانية بين أخصائي القياس وذو الإعاقة البصرية التي تتسم بالثقة، والاطمئنان، والقبول المتبادل، وحسن المعاملة طوال فترة أداء الاختبار. ويظهر ذلك من خلال إلقاء تعليمات الاختبار، وعدم الانزعاج من استفسارات المشاركين قبل أداء الاختبار.

(٥) تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الاختبارات، سواء كانت ظروف فيزيقية: مثل: جودة الإضاءة، والتهوية، والبعد عن المشتتات، أو ظروف نفسية: مثل: خفض القلق والتوتر الناشئ عن أداء الامتحان. كذلك الإدارة الجيدة في أثناء أداء الاختبار والتي تتمثل في: الوقوف في مكان ظاهر يراه و يسمعه الجميع، واعطاء الفرصة للمشاركين للاستفسار والرد على أسئلتهم، وزيادة دافعية المشاركين للإجابة، واعطاء التعليمات بشكل بسيط وواضح. ومن الجدير بالذكر أن هذه الأمور و غيرها يصعب تعلمها عن طريق الكتب، وانما تكتسب بالخبرة والمران تحت إشراف المختصين.

(٦) اختيار الاختبار الملائم لقدرات واستعدادات المشاركين، وكذلك أعمارهم ومثال ذلك: لا يجب استخدام اختبار يقيس ذكاء الأطفال الصم مع الأطفال المكفوفين، أو استخدام اختبار المتاهة مع الأفراد المكفوفين.

الفصل الثاني

فريق تشخيص وتقييم الإعاقة البصرية

الفصل الثاني
فريق تقييم وتشخيص الإعاقة البصرية

مقدمة

هناك العديد من الأشخاص المسؤولين عن تقييم وتشخيص الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، والذين ينبغي أن يعملوا كفريق واحد مشترك متعاون لكي يتم تشخيص حالة التلميذ بدقة من كافة المستويات الطبية، والأكاديمية، والنفسية، والاجتماعية... وغيرها

فرق تقييم وتشخيص الإعاقة البصرية:

يعرف فريند وكوك (Friend and Cook 1996) الفريق فيما أورد أبو نيان (٢٠٠٦) بأنه: "مجموعة صغيرة نسبيًا مكونة من أفراد تربطهم ببعضهم علاقة اعتمادية متبادلة، ويعملون، ويتفاعلون مباشرة مع بعضهم بطريقة منسقة نحو تحقيق هدف مشترك".

وبناء على التعريف السابق هناك خصائص مميزة للفريق تم ايجزها في النقاط التالية:

(١) **الوعي بالانتماء للفريق:** لا يمكن للفرد أن يكون جزءًا من الفريق؛ إلا إذا رأي نفسه كذلك ورآه الأعضاء الآخرون بنفس المفهوم، وهذا يوجب التنسيق فيما بين أعضاء الفريق في العمل؛ فلا يعمل كل على حدة، ويظن أنه جزء من الفريق.

(٢) **تنظيم التفاعل بواسطة عرف متفق عليه:** إذ يجب إتباع العرف، والقيم المتعارف عليها بين أعضاء الفريق سواء تم التصريح بها، أو كانت مفهومة ضمنًا؛ ومن أمثلة ذلك: الحضور في الوقت المحدد للاجتماع. وإيضاح الخلاف بين أعضاء

الفريق، والعمل على إيجاد حل له، والاتفاق على تجنب المصطلحات المتخصصة أثناء الحديث مع الوالدين.

(٣) **العلاقة الاعتمادية بين أعضاء الفريق:** إن أدوار أعضاء الفريق مترابطة وظيفيًا، وعليه فالعلاقة بين الأعضاء اعتمادية؛ فمن المحتمل أن أي حدث يؤثر على أحد الأعضاء يؤثر على بقية أعضاء الفريق.

ومن أمثلة فرق العمل في التربية الخاصة ظهرت مصطلحات عديدة تدل على فرق العمل؛ مثل: فريق حل المشكلات، وفريق ما قبل التشخيص، وفريق ما قبل الإحالة، وفريق مساندة المعلم، وفريق مساعدة المعلم ... وغيرها من المصطلحات التي تدل على عمل فريق داخل المدرسة، ورغم من المسميات؛ إلا أن هناك تشابه في المحتوي وربما تكون مجرد أسماء مختلفة لنفس العمل.

فريق ما قبل الإحالة:

عندما يشتبه في إصابة أحد الطلاب بالإعاقة البصرية، تتم إحالته لفريق الإحالة لتحديد ما إذا كان من الممكن تطبيق التدخلات الملائمة في صفوف التعليم العام. وإذا قرر أعضاء هذا الفريق ضرورة إجراء المراجعة الشاملة، حينئذ يتم إحالته لفريق تقييم التربية الخاصة. وبعد ذلك يتم تطوير، وعرض الخطة على الآباء للحصول على تصريح منهم قبل تطبيقها. وينبغي أن يحدد هذا التقييم أداء الطالب العقلي، والتحصيل الأكاديمي، وطبيعة التواصل. ويجب إجراؤه في نموذج ملائم للتواصل (مثل طريقة برايل عندما يكون ذلك ملائمًا)، وكذلك يجب أن يتم تقييم كل المجالات ذات الصلة بالإعاقة البصرية المتوقعة. ويوضح التقييم قدرات الطالب والتعرف على العوامل التي تتداخل مع الأداء الدراسي.

ويمكن إجراء تقييمات للطلاب ذوو الإعاقة البصرية عن طريق مجموعة من الأخصائيين. وقد يقوم العديد من الأخصائيين ومنهم: معلمي التربية الخاصة، وأخصائي

قياس البصر، وتطبيق المقاييس الخاصة بتقييم هذا النوع فقط من طلاب التربية الخاصة. وقد تكون كثير من المقاييس غير الملائمة للطلاب ذوي الإعاقة البصرية. وللحصول على معلومات دقيقة، وجديرة بالاعتماد عليها عن هؤلاء الأفراد. يجب انتقاء المقاييس بعناية وتعديلها إذا كان الأمر ضرورياً للسماح للطلاب بتجاوز إعاقاتهم.

وهكذا يمكن تحديد أدوار هذا الفريق فيما يلي:

(١) اكتشاف المشكلات المحتملة.

(٢) دراسة التدخلات السابقة.

(٣) تصميم إجراءات جمع المعلومات.

(٤) تصميم تدخلات الإحالة.

(٥) تحديد الخدمات المساندة اللازمة لتطبيق وتنفيذ خطة التدخل.

(٦) التنسيق في تنفيذ تدخلات الإحالة.

(٧) تقييم تدخلات ما قبل الإحالة.

(٨) تعديل التدخلات في حال الحاجة لذلك.

(٩) بدء الإحالة إلى التربية الخاصة إذا كانت تدخلات التعليم العام غير ناجحة.

فريق التقييم:

يشتمل فريق التقييم على المهنيين المدربين بشكل ملائم، وذوي الخبرة في تقييم الطلاب المحالين لخدمات التربية الخاصة، وعلى الرغم من أن المهنيين المشاركين في كل تقييم قد يختلفون باختلاف حاجات الطلاب فإن مسؤولية هذا الفريق هي مراعاة معلومات الإحالة وبياناتها وتطوير خطة التقييم، والحصول على تصريح من الوالدين بإجراء التقييم، ثم بعد ذلك يتم تقييم الطالب لتحديد حالته، ومدى حاجته لبرنامج تعليمي خاص، وعند استكمال التقييم يقرر المهنيين والوالدين ما إذ كان الطالب في

حاجة لخدمات التربية الخاصة أم لا، ويحصل بعدها الوالدين على نسخة من التقييم ووثيقة تفيد حاجة الطفل للحصول على خدمات التربية الخاصة. يقوم هذا الفريق بما يلي:

(١) استعراض الإحالة للتربية الخاصة.

(٢) استعراض بيانات تدخلات ما قبل الإحالة.

(٣) تحديد أعضاء فريق العمل المطلوب لتطوير خطة التقييم.

(٤) تصميم خطة التقييم.

(٥) تقديم خطة التقييم للوالدين واستعراض الخطة.

(٦) الحصول على تصريح من الوالدين لإجراء التقييم.

(٧) إجراء التقييم.

(٨) تلخيص نتائج التقييم.

(٩) إجراء لقاء مع الآباء لتحديد أهلية طفلهما للتربية الخاصة.

يقوم فريق التقييم بجمع معلومات التقييم المتعلقة بالمستوى الحالي للأداء في المهارات المهمة، ويقترح سيرفيس(Sirvis, 1998) أن يركز التقييم على المجالات التالية:

- **أنشطة الحياة اليومية:** وهو مجال يتضمن تقييم المهارات الحالية، ومهارات مساعدة الذات والحياة اليومية؛ مثل: تناول الطعام، والذهاب للحمام، والصحة الشخصية، وطهي الطعام، والتنقل باستخدام وسائل المواصلات العامة.
- **الحركة:** وهو مجال يتضمن تقييم القدرة الحالية للانتقال من مكان لآخر، وأن يصبح الفرد مستقلاً. وقد يحتاج الطالب إلى الأجهزة الخاصة، أو الوسائل المساعدة مثل: العصا البيضاء، أو التقنيات المساندة لتسهيل حركته.

- **القدرات والتقييدات البدنية**: وذلك للتعرف على تأثير العوامل البدنية على خطط الطالب الحالية والمستقبلية للدراسة، والعمل، والاستجمام، والأداء المستقل.
- **النمو النفسي - الاجتماعي**: وهو مجال يتضمن دراسة العوامل التي تتداخل مع النمو الاجتماعي والانفعالي، والتي تتداخل كذلك مع قدرات الطالب، وفرص التفاعل مع الآخرين.
- **التواصل**: وهو مجال يتضمن تقييم قدرة الطالب على الفهم، والتعبير اللغوي، وقد يؤدى ذلك إلى استخدام وسائل التواصل المنوعة: مثل: الكمبيوتر، ولوحات التواصل، ووسائل التواصل البديلة، أو أيه وسائل أخرى.
- **القدرة الأكاديمية**: ففي حين قد يكون التقييم الأكاديمي مماثلا للتقييم المستخدم مع الطلاب الآخرين: إلا أنه من الضروري عدم عقاب الطلاب بسبب تقييداتهم البدنية وقد يتطلب ذلك إجراء تكييفات: مثل: التعديلات في الانتصاب البدني، واستبعاد المهام المرتبطة بزمن محدد، أو نماذج الاستجابات البديلة مثل الاستجابات الشفهية بدلا من المكتوبة، أو اللفظية بدلا من المرئية.
- **تعديلات التعلم**: وهو مجال يتضمن زيادة القدرة على الاستقلال من خلال إيضاح التعديلات الأكاديمية والمادية للطالب والضرورية في الصف.
- **مهارات الانتقال**: تحديد العوامل الضرورية للانتقال الناجح من المدرسة إلى الحياة والعمل في المجتمع. ولا يعد هذا محدودا على تقييم المهارات الوظيفية بل ينبغي أن يشتمل كذلك على العوامل الأخرى التي تؤثر على أداء ما بعد المدرسة.

فريق البرنامج التربوي الفردي:

ينظر هذا الفريق بعناية لنتائج التقييم الأمر الذي يبرز نقاط القوة والضعف لدى الطالب، ويقرر الفريق الأهداف السنوية التي يمكن قياسها، وأشياء أخرى مهمة

للطفل. ويشتمل جزء من تطوير الخطة التربوية الفردية على تحديد خدمات التربية الخاصة، والخدمات المساندة، والمعينات التكميلية، والخدمات التي يجب تقديمها للطفل، أو نيابة عنه ومسألة تعديل البرنامج، أو مساندة الموظفين في المدرسة.

وهكذا ووفقًا لنتائج التقييم يقوم الفريق بمناقشة، وتقرير، وتحديد الخدمات المساندة التي يحتاجها الطفل لكي يستفيد من التربية الخاصة. وسوف يتم اتخاذ قرارات عن عدد مرات تقديم خدمات المساندة وأين ومن يقوم بتقديمها أيضًا.

ويقوم هذا الفريق بتطوير واستعراض ومراجعة الخطة التربوية الفردية، أو البرامج التربوية الفردية، وهي برامج مكتوبة لجميع الطلاب ذوي الإعاقة البصرية الذين يحصلون على خدمات التربية الخاصة، وقبل ظهور قانون تحسين تعليم ذوي الإعاقة البصرية ٢٠٠٤م كان المطلوب هو استعراض ومراجعة الخطة سنويًا، ولكن الآن يتم استعراضها في مدة لا تزيد على ثلاث سنوات، ويتكون فريق الخطة التربوية الفردية من:

(١) الطالب ذو الإعاقة البصرية بنفسه.
(٢) والدي الطلاب ذوي الإعاقة البصرية.
(٣) أحد معلمي التعليم العام على الأقل.
(٤) أحد معلمي التربية الخاصة على الأقل الذين يقدمون تعليم خاص للطلاب ذوي الإعاقة البصرية.
(٥) ممثل للمنطقة التعليمية المحلية على أن يكون مؤهلاً للإشراف على تقديم خدمات التربية الخاصة، وعلى علم بالمنهج العام، ويستطيع توفير مصادر المنطقة التعليمية.
(٦) أحد الأشخاص الذي يمكنه ترجمة نتائج التقييم.
(٧) خبراء آخرين يختارهم الوالدين والمسئولين في المنطقة التعليمية المحلية نيابة عن الطالب.

ويقوم هذا الفريق بما يلي:

(١) تحديد أفراد هذا الفريق لكل طالب ذي الإعاقة البصرية.

(٢) استعراض نتائج التقييم.

(٣) تحديد المستويات الحالية للأداء التربوي.

(٤) تحديد واختيار الأهداف الثانوية المناسبة.

(٥) تصميم المكان الملائم في بيئة أقل تقييداً.

(٦) عمل خطة لتنفيذ الخطة التربوية الفردية.

(٧) تطوير خطة لتطبيق البرنامج التربوي الفردي.

(٨) تطوير خطة التقويم.

(٩) تحديد طريقة تقديم التقرير حول تقدم التلميذ للوالدين.

(١٠) عمل ومتابعة خطة إعادة التقييم.

وتستخدم المعلومات التي تم جمعها خلال عملية التقييم عن طريق فريق البرنامج التربوي الفردي لبناء خطة تربوي فردية للطالب. وعادة ما تحتوي الخطط التربوية الفردية للطلاب ذوي الإعاقات البصرية على أهداف عديدة، وغالبًا ما يكون للطلاب ذوي الإعاقات البصرية أهدافًا من استخدامهم للمعينات البصرية، وتحسين مهارات الاستماع، وتنمية طريقة برايل للقدرة على القراءة والكتابة، وتدوين الملحوظات، والحركة، ومجالات المهارة الأكاديمية.

أدوار أعضاء فرق العمل:

إن فريق العمل الذي يقوم بخدمة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية يتكون من مجموعة مختلفة من الأشخاص: مثل: معلم التربية الخاصة، ومعلم التعليم العام، كما يشارك جميع المعلمين، ومدير المدرسة، والوكلاء وكذلك المتخصصين: مثل:

الأخصائيين النفسيين، وأخصائي النطق والكلام، والمرشدين، كما يشارك الوالدين والطلاب ذوي الإعاقة البصرية في فريق العمل، وكل فرد من هؤلاء له دور مهم في فريق العمل. وفيما يلي أهم أدوار فرق العمل في التربية الخاصة:

أخصائيو طب العيون:

يتم عادة إجراء التقييمات البصرية عن طريق أفراد متخصصين ومدربين. ويمكن أن تكون هذه التقييمات مفيدة في الإشارة إلى درجة الإعاقة وتحديد العلاج الممكن (مثل النظارة، ومعينات ضعف البصر، والمعينات السمعية) والتي يمكن أن تساعد على خفض تأثير الإعاقة على أداء الطالب التعليمي. وينبغي تشجيع الطلاب ضعاف البصر على إعادة فحص بصرهم بصورة متكررة لأن كفاءتهم البصرية قد تتحسن، وقد تكون التكييفات ضرورية في معيناتهم البصرية، أو نمط الحجم المستخدم لأدواتهم (Harley & Lawrence 1984).

ويتحدد دور الطبيب في إطار عضويته في فريق الخدمة المدرسية في القيام بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة وخاصة المحالين إليه من الأخصائي النفسي. كما يسهم في البرامج الإنمائية والوقائية لنشر التوعية الطبية بين الطلاب. والاشتراك مع الأخصائي النفسي في تحويل الطلاب الذين يعانون من مشكلات نفسية - إذا دعت الضرورة - إلى الطبيب النفسي بأحد المستشفيات التابعة للتأمين الصحي المدرسي. بالإضافة إلى المساعدة مع فريق المدرسي في إجراء دراسة الحالة وذلك بإجراء الفحوص واعداد التقارير الطبية الخاصة بالطلاب. كما يتعاون مع فريق الإرشاد النفسي في مؤتمر الحالة الخاص بأحد الطلاب ذوي المشكلات النفسية، أو السلوكية لرسم صورة متكاملة عن تلك الحالة.

وهناك عدد من التخصصات التي تتبع القطاع الطبي تقع ضمن كل ما هو ذو علاقة بالبصر ومن أهمهم:

١) طبيب العيون Ophthalmologist

٢) أخصائي قياس قوة الإبصار Optometrist

٣) فني البصريات Optician

٤) فني بصريات نظارات Dispensing Optician

٥) فني بصريات عدسات لاصقةContact Lens Fitter

٦) فني تركيب العدسات Technician

٧) فني قص وتركيب Cut, Edge and Fit Technician

٨) فني تصنيع Surfacing Technician

٩) فني معالجة Coating Technician

في البداية سوف نعرف بالأشخاص العاملين في مجال البصريات:

(١) طبيب العيون

هو الشخص المعنى بفحص العين وقياس قوة الإبصار لعيني المريض ووصف الدواء، أو التصحيح اللازم له. وهو الأخصائي بالأمراض التي تصيب العين والذي يعمل الجراحات اللازمة لها مثل عتامة العين Cataract تصحيح النظر بواسطة الليزر. أو العمليات الجراحية زرع القرنية وغيرها.

(٢) فني البصريات

اختصاصيو البصريات هم اختصاصيون في مجال الرعاية الصحية الأولية. مؤهلون من الناحية العلمية والإكلينيكية لتقديم الرعاية الطبية اللازمة في مجال رعاية العين بشكل (مستقل) وشامل. وما يلزم ذلك من فحص، وتشخيص، واحتواء وعلاج لأمراض ومشكلات الجهاز البصري وأيضاً المشكلات الناتجة عن إصابات العين، أو

المصاحبة لبعض الأمراض كارتفاع ضغط الدم والسكري، وكذلك بعض أمراض العين التي لا تتطلب تدخلاً جراحيًا.

اختصاصيو البصريات هم الاختصاصيون المتفردون من بين الاختصاصيين في مجال رعاية العين المدربين وبشكل (مكثف ودقيق) في كل ما يتعلق بعلوم الرؤية وعلم العدسات، وهم أيضًا معنيون بتوفير الرعاية اللازمة فيما يتعلق بالعين وحاسة الإبصار لكافة أفراد المجتمع من خلال الفحوصات الإكلينيكية، إجراء الأبحاث والدراسات، التعليم ونشر الوعي في المجتمع لما لذلك من تأثير مباشر على حياة الناس. حيث يقدمون الخدمات المتعلقة باختصاصهم والمرافقة لطب العيون مثل:



- ✓ قياس وتصحيح عيوب العين الإنكسارية، وذلك بعمل عدد من الفحوص الدقيقة حتى يتسنى للاختصاصي وصف نظارات، أو عدسات طبية لاصقة ملائمة للمريض، وحتى عمليات الليزك الحديثة لتقويم وتصحيح العيوب الإنكسارية لا يمكن أن يقوم بها جراح العيون؛ إلا بعد خطوات كثيرة ومهمة يقوم بها اختصاصي البصريات.

- ✓ وصف وتركيب العدسات اللاصقة للحالات المرضية الخاصة مثل مرض القرنية المخروطية.
- ✓ العلاج المبكر لمشكلات الأخطاء الإنكسارية مثل: الحول وكسل العين وعيوب تكيف عدسة العين: فالعلاج المبكر في هذه الحالات مهم جداً عن طريق التمارين البصرية حيث إن العلاج يتعذر غالبًا بعد أن يتجاوز الطفل السابعة من عمره.
- ✓ قياس المجال البصري. وهذا أحد أهم الاختبارات التي يقوم بها اختصاصيو البصريات. حيث يتم فحص المجال البصري الوسطي والطرفي. خصوصًا للمرضى الذين يعانون من مضاعفات أمراض تقود لخلل في المجال البصري كمرض ارتفاع سكر الدم والماء الأزرق (الجلوكوما) وغيرها.
- ✓ تأهيل المرضى الذين يعانون من ضعف شديد في النظر على التكيف مع ما بقي عندهم من رؤية، وذلك بتأهيلهم ومتابعتهم ووصف عدسات مكبرة من نوع خاص لكل حالة منفردة.
- ✓ تصوير القرنية وأخذ الأشعة العينية.
- ✓ واختصاصيو البصريات مدربون ومؤهلون للكشف والتشخيص عن أي علامات تشير لأمراض مرتبطة بالعين، فكثير من اختبارات فحص النظر قد تكشف وتبين عن وجود أمراض في العين، أو في الجسم ككل، كارتفاع ضغط العين، ومرض سكر الدم، والماء الأبيض (عتامة العدسة) cataract، فالقياسات التي يجريها اختصاصيو البصريات كقياسات ضغط العين وفحص قاع العين وغيرها مهمة وهي من صميم عملهم، مما يجعل اختصاصيّ البصريات مصدرًا أساسيًا لتحويل المريض إلى المختصين في مجالات الرعاية الطبية بمختلف التخصصات عند حاجة المريض إلى ذلك.

(٣) أخصائي قياس قوة الإبصار:

هو الشخص المعنى بقياس قوة الإبصار، وتخطيط مجال البصر، وتجهيز العدسات اللاصقة. وفي حالة ملاحظة وجود أمراض يقوم بتحويل المريض إلى طبيب العيون.

(٤) فني بصريات نظارات:

هو الشخص المعنى بتجهيز وعمل النظارة الطبية حسب المواصفات البصرية، واقترح العدسات الملائمة للوصفة الطبية، ويطلب منه مراجعة الجودة على النظارة الطبية، وضبط الإطار عند التسليم للفرد مع الشرح له كيفية الاستعمال الصحيح والعناية بها.

(٥) فني بصريات عدسات لاصقة:

هو الشخص المعنى بكل ما يتعلق بالعدسات اللاصقة، ومواصفاتها حسب وصف الطبيب، أو أخصائي قياس النظر، مع شرح كيفية تركيبها والعناية بها؛ بالإضافة إلى المهام المنوط بفني بصريات نظارات.لهذه الفئة يمكن إضافة ما نسميه مستشار لما يناسب الوجه، وهو الذي يكتسب المهارة من خلال عمله في هذا المجال دون ضرورة إتمام أي دراسة في مجال البصريات.

(٦) فني تركيب العدسات:

هو الشخص الذي يعمل في معمل تجهيز، وتركيب العدسات الطبية حسب الوصفة الطبية. وقد يكون فني تركيب العدسات.

(٧) فني قص وتركيب:

هو الفني الذي يعمل في معمل الفرع ، أو المعمل المركزي، وهو المعنى بقص وتركيب العدسات الطبية في الإطار حسب الوصفة الطبية والمقاسات البصرية للفرد.

(٨) فني تصنيع:

هو الفني الذي يعمل في المعمل المركزي. وهو المعنى بتصنيع العدسات الخام والنصف جاهز حسب الوصفة الطبية للعميل.

(٩) فني معالجة:

هو الفني الذي يعمل في المعمل المركزي. وهو المعنى بإضافة المعالجات: مثل: الطبقة المانعة للانعكاس. أو الطبقة المقاومة للخدوش على العدسات الجاهزة حسب الوصفة الطبية للعميل. وتلوين العدسات الزجاجية .

فريق التمريض بالمدرسة:

قد يقوم الممرض بجمع المعلومات الطبية الخاصة بالطلاب ذوي الإعاقة البصرية. فعلى سبيل المثال يمكنهم اختبار والكشف عن الطلاب ذوي المشكلات والصعوبات والأمراض البصرية. وكعضو في الفريق يقوم الممرض بتقديم المساعدة في تفسير السجلات والتقارير الطبية. كما يمكنه تفسير الآثار التعليمية المترتبة على بعض الحالات بناء على ما يتوفر لديهم من معلومات طبية. كما يقدمون خدماتهم للطلاب ذوي الإعاقات المزدوجة. أو ذوي الأمراض المزمنة. أو الأمراض الأخرى التي تتطلب رعاية طبية مستمرة. وعلاوة على ذلك فإنهم يساعدون الآباء على تقديم الخدمات الطبية لأطفالهم.

وتقوم ممرضة المدرسة بصورة تقليدية بمساعدة فريق التقييم والبرنامج التربوي الفردي لتفسير التقارير الطبية وترجمة النتائج الطبية إلى معلومات تعليمية ذات صلة. وقد تقوم الممرضة بتفسير سبب وجود تقييدات لنشاط طلاب بأعينهم. ومدى تأثير الأدوية المختلفة على سلوك الطالب في الصف وأسباب العلاج والإجراءات الطبية. ويمكن أن تقوم الممرضة أيضا بمساعدة المعلمين في التعامل مع المواقف الطبية غير المعتادة: مثل:

نوبات الصرع في الصف. وإذا كان المعلمون على وعي بالإجراءات الصحيحة لمتابعة حدوث النوبة؛ فسيواجهون حينئذ الموقف بهدوء أكثر وسيقومون بمساعدة الطالب وأقرانه بدرجة أكبر.

مديرو المدارس:

يعد مدير المدرسة، أو نائبه أشخاص أساسيين في فريق العمل الذي يقوم بخدمة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية، ونظرًا لطبيعة عملهم فإنهم مسؤولين عن برامج التعليم العام، وغالبًا ما يسند إليهم أيضًا مسئولية برامج التربية الخاصة الموجودة في مدارسهم. وفي المدارس الابتدائية، أو الثانوية الكبيرة فإن نائب المدير يوكل إليه مسئوليات إشرافية على برامج التربية الخاصة تمكنه من أن يمثل، أو يحل محل المدير في الفريق.

ومدير المدرسة هو الذي يرأس فريق العمل في اللقاءات الرسمية، وعلى الرغم من أن المديرين عادة لا يكونوا مسئولين عن تطبيق أي جزء من البرنامج التربوي الفردي؛ إلا أنهم يؤثرون على طبيعة العمل، وعلى فعالية جهود فريق العمل؛ ونظرًا لأنهم القادة التعليميين للمدارس فإنهم على وعي ببرامج المدرسة، وبفضل أنشطتهم، واتجاهاتهم ومساندتهم التي يقدمونها لفريق العمل من الممكن أن يسهموا في خلق مناخ حيوي لتطوير البرامج التعليمية التي تخدم عددًا كبيرًا من المتعلمين، وبناء البرامج الناجحة التي توفر خدمات ملائمة للطلاب ذوي الإعاقة البصرية.

مشرفو التربية الخاصة:

إن مشرفي التربية الخاصة هم المسؤولين عن الإشراف على تقديم برامج تعليمية ملائمة لجميع الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في المنطقة التعليمية، وتشمل الأنشطة

الأساسية لهم توجيه برامج التربية الخاصة، وكذلك تقديم الخدمات المساندة في صفوف التربية الخاصة، وبرامج غرف المصادر، والتشاور مع معلمي التعليم العام في المدارس العادية. وكثيراً ما تكون مسؤوليتهم هي تطوير برامج التدريب أثناء الخدمة لمساعدة معلمي التعليم العام على العمل بفاعلية مع الطلاب ذوي الإعاقة البصرية .

وفي فريق التقييم وفريق البرنامج التربوي الفردي يقوم مشرفو التربية الخاصة بمساعدتهم في استعراض معلومات التقييم، والتعاون مع فريق التقييم على دراسة الخيارات الملائمة للطالب في التربية الخاصة، وفي بعض المناطق التعليمية يشارك هؤلاء المهنيين في الفريق عندما يحتاج الطلاب إلى الانتقال في ظل خيارات الخدمة المكثفة مثل الصفوف الخاصة المنفصلة.

معلمو التعليم العام:

يؤدي معلم التعليم العام دوراً مهماً في الفرق المنوعة التي تم تخصيصها لمساعدة الطلاب ذوي الإعاقات البصرية. في البداية يتم التعرف على هؤلاء الطلاب وإحالتهم لخدمات التربية الخاصة عن طريق معلم صفوف التعليم العام.

وبالإضافة إلى ذلك، يقوم معلمو التعليم العام بالمساعدة في جمع المعلومات الخاصة بأداء الطلاب في الصف وتنسيق الخدمات المعروضة عن طريق عدد منوع ومتباين من الأخصائيين.

وإذا لم يشارك هؤلاء المعلمون في الفريق فإن جهود دمج الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في صفوف التعليم العام ستكون غير مكتملة، وعلى مستوى المدرسة المتوسطة والمدرسة الثانوية يقوم عدد كبير من معلمي التعليم العام بخدمة الطلاب. كما أن المرشد المدرسي يمكنه أن يمثل المعلم في الفريق الذي يقوم بخدمة طلاب التربية الخاصة، ويقوم المرشد بجمع المعلومات عن أداء الطالب، ويقدم تقريراً لفريق العمل، وهنا يكون المرشد مسئولاً عن نقل قرارات وتوصيات فريق العمل لكل معلم، وبالطبع يمكن -

ويستحسن أحيانًا- أن يشارك معلمو المدرسة كأفراد في الفريق الذي يقوم بخدمة هؤلاء الطلاب.

ومن الأدوار التي يقوم معلم التعليم العام في إطار دوره في فريق العمل ما يلي:

(١) من الممكن أن يزود معلم التعليم العام الذي يعمل مع الطلاب ذوي الإعاقة البصرية المرشحين لخدمات التربية الخاصة الفريق بالكثير من المعلومات؛ لأنه على وعى بنقاط القوة لدى الطلاب، ولديه خلفية عن استجابات الطلاب السابقة لمختلف البرامج والإجراءات التعليمية والمجالات المحددة التي يحتاج فيها الطلاب إلى مساعدة خاصة. ووجود هؤلاء المعلمين في الفريق يضمن الحصول معلومات صفية مهمة. كما أن خبراتهم مع الطلاب ذوي الإعاقة البصرية من الممكن أن تفيد في تفسير نتائج التقييم، أو القياس، أو التوصيات التي يقدمها فريق العمل.

(٢) الاحتفاظ بسجل لكل طالب ذي إعاقة بصرية يتضمن بيانات عن الاختبارات التي أجريت له ودرجاته في كل اختبار وملاحظته على سلوكه.. وغير ذلك من المعلومات التي تساعد على استيفاء السجل المجمع.

(٣) المساعدة في الكشف عن الطلاب ذوي المشكلات التربوية، والنفسية، والسلوكية وإحالتهم إلى فريق العمل. المساعدة في تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية والتربوية والاستفادة من نتائجها في التعامل مع الطلاب.

(٤) تحفيز الطلاب على الاتصال فريق العمل وتعريفهم بالدور الذي يقوم به كل منهم للاستفادة من خدماتهم التي يمكن أن يقدمونها لهم.

(٥) المساعدة في إعداد دراسة الحالة والاشتراك في مؤتمر الحالة وملاحظة سلوك الطلاب وتقديم التقارير لفريق العمل عن الحالات التي تتطلب ذلك.

(٦) المشاركة في ممارسة خدمات التوجيه الجمعي، وفي تنمية مهارات الاستذكار، وأنشطة التقويم الذاتي.. وغيرها.

(٧) مساعدة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية على وضع الأهداف لأنفسهم بما يتفق وقدراتهم واستعداداتهم وميولهم مما يهيئ لهم التوافق السليم.

(٨) تنفيذ دوره في إطار برامج رعاية الطلاب المتأخرين دراسيا وذوي صعوبات التعلم.

(٩) تقديم الدعم والتعزيز للطلاب المتفوقين والموهوبين من ذوي الإعاقة البصرية في إطار البرامج التي تهتم برعايتهم وتنميتهم.

(١٠) مساعدة فريق الخدمة النفسية على تنفيذ المقترحات والبرامج التي تم إعدادها للطلاب ذوي الإعاقة البصرية في إطار الإرشاد النمائي والوقائي.

(١١) الاستفادة من نتائج البحوث والدراسات التي يقوم بإعدادها فريق العمل عن المشكلات السائدة في المدرسة وكيفية مواجهتها.

(١٢) المساهمة في تقويم برامج الخدمة النفسية والتربوية وتحديد جوانب القوة والضعف لرفع كفاءة خدمات التوجيه والإرشاد بالمدرسة.

(١٣) هو المسئول عن تطبيق جانب من البرنامج التربوي الفردي وينبغي أن يشارك في مناقشات هذا الفريق عن نتائج التقييم وأي معلومات أخرى ذات صلة تم تجميعها من المهنيين، أو الوالدين. ومن الممكن أن يقوم المعلمون بوصف برامج صفوفهم وتصوراتهم حول قدرة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية على المشاركة في الأنشطة في صفوف التعليم العام، كما يمكنهم أن يسهموا ويستفيدوا من تلك المناقشات عن طريق تعديل برامج التعليم العام، وبمجرد أن يتم تعديل برامج الصف، أو عند بدء البرنامج التربوي الفردي من الممكن أن يقدم معلم الصف معلومات لفريق العمل عن تقدم الطالب في فصل التعليم العام. وهذه المدخلات تساعد الفريق في تقييم البرنامج الحالي لإجراء أيه تعديلات لازمة حتى يتمكن الطلاب من تحقيق الأهداف التي حددها فريق ما قبل الإحالة، أو فريق الخطة التربوية الفردية.

معلمو التربية الخاصة:

يقدم معلمو التربية الخاصة خدمات تعليمية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية ، ومن الضروري أن يشاركوا أيضًا في تزويد هؤلاء الطلاب بخدمات التربية الخاصة. ومن الممكن أن يكون معلم التربية الخاصة مستشارا لمعلمي التعليم العام حيث يساعد معلمي التعليم العام الذين يقومون بتعليم الطلاب ذوي الإعاقات في فصولهم، كما أن معلم التربية الخاصة قد يكون هو معلم غرفة المصادر الذي يقدم الخدمات المباشرة للطلاب ذوي الإعاقات ويقدم المشورة لمعلميهم، كما أنه يشارك كفرد في فريق العمل فيقوم بخدمة الطلاب الذين يحتاجون إلى تربية خاصة مكثفة والمدمجين في برامج التعليم العام.

وهناك معلم التربية الخاصة المتنقل الذي يعمل مع الطلاب ذوي الإعاقات ويشارك في برامج التعليم العام وهو فرد أساسي في الفريق، والمعلم المتنقل هو الذي ينتقل من مدرسة لأخرى، وقد يكون متخصصًا في تعليم الطلاب ذوي الإعاقة البصرية،، وأحد أهم هؤلاء المتخصصين المتنقلين هو اختصاصي التخاطب الذي يقوم بخدمة الطلاب ذوي اضطرابات التواصل، وهؤلاء المتخصصون وغيرهم يشاركون في فريق العمل عندما يحتاج الطالب إلى الحصول على خدماتهم الخاصة.

ومعلمو التربية الخاصة ينجزون مختلف الأدوار في الفريق فغالبًا ما يكونوا مسؤولين عن تنظيم الفريق الذي يخدم الطلاب ذوي الإعاقة البصرية وإجراء اللقاءات ومتابعة الخدمات التي تقدم للطلاب ذوي الإعاقات ، كما أنهم يقومون بملاحظة الطالب في فصول التعليم العام وإجراء المزيد من التقييم التعليمي، كما يقوم معلمو التربية الخاصة بدراسة الأشكال المختلفة لخدمات التربية الخاصة ووصف الخدمات المساندة لمعلمي التعليم العام بالتفصيل، كما أن هؤلاء المهنيين يساعدون في تفسير نتائج القياس ومساعدة فريق العمل في صياغة الخطة التعليمية، وعند تنفيذ الخطة

التربوية الفردية فإنهم يقدمون الخدمات المباشرة للطلاب ذوي الإعاقة البصرية وخدمات المشورة لمعلمي التعليم العام.

ومعلم التربية الخاصة من الممكن أن يقدم التعليمات للطالب ذي الإعاقة البصرية في فريق الخطة التربوية الفردية عند تنظيم البرنامج التعليمي لهذا الطالب، وهذه المشاركة تزود معلم التربية الخاصة بفرصة مقابلة الطالب، ووالديه، ومعلميه؛ وبالتالي يصبح معلم التربية الخاصة على وعى بالأداء الكلي للطالب واحتياجاته التعليمية ووجهة نظر معلمي التعليم العام والوالدين وباقي المهنيين فيما يتعلق بتعليم الطلاب.

ومن المعلوم أن معلم التربية الخاصة يقوم بنفس الدور الذي يقوم به معلم التعليم العام، غير أنه يضاف إليه القيام بالعديد من المهام التي تختلف باختلاف نوع الإعاقة التي يعاني منها ذوي الإعاقة البصرية، ومن بين هذه المهام ما يلي:

(١) تقديم المساعدة للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية للتغلب على المشكلات المترتبة على الإعاقة.

(٢) إكساب التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية مهارات تواصلية واجتماعية، تمكنهم من تحقيق النجاح على الصعيد المدرسي والاجتماعي.

(٣) إكساب التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية معلومات ومعارف حول المعينات السمعية والبصرية والتقنيات الحديثة ومساعدتهم على الاستفادة من تلك المعينات للتقليل من تأثيرات الإعاقة.

(٤) التنسيق مع أعضاء فريق الخطط التربوية الفردية في إعداد وتنفيذ تلك الخطط بطريقة منظمة ودقيقة.

(٥) تقديم المعلومات الكاملة لمعلمي الصفوف العادية فيما يتعلق بكيفية تدريس المواد الدراسية والاستراتيجيات التعليمية وتأدية الاختبارات ووضع الدرجات وكتابة التقارير وفهم الأسس السليمة لكيفية التعامل مع التلاميذ ذوي

الإعاقة البصرية داخل وخارج الفصل، وتزويدهم بالكتيبات والمنشورات والوسائل التعليمية التي تساعدهم في التعرف على مفاهيم التربية الخاصة.

(٦) إكساب التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية المهارات الموضحة في الخطة التربوية الفردية والتي لا يستطيع معلم الفصل العادي القيام بها.

(٧) المشاركة في القياس والتشخيص وذلك عن طريق تنفيذه في فترة الملاحظة بغرض التوصل إلى تحديد الاحتياجات الأساسية لكل تلميذ.

(٨) ينبغي على معلم التربية الخاصة الاشتراك في إجراء البحوث والدراسات، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال تخصصه.

(٩) توفير بيئة أكاديمية واجتماعية ونفسية يستطيع فيها التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين، على حد سواء، لاستغلال كافة القدرات وتحقيق أسمى الطموحات.

(١٠) تقديم المساعدة لأولياء الأمور للتعرف على الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة البصرية، وتزويدهم بالمواد التربوية، والوسائل التعليمية التي تعمل على تيسير مهمة متابعة واجبات أبنائهم المدرسية، والإسهام في زيادة معرفتهم بخصائص واحتياجات وحقوق وواجبات أبنائهم، وإكسابهم المعارف حول الخدمات المتوفرة بالمجتمع.

(١١) الاهتمام بمشاركة التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية في الأنشطة الصفية واللاصفية.

معلم غرفة المصادر:

هو معلم متخصص في التربية الخاصة يعمل في غرفة خاصة داخل المدرسة العادية، حيث يترك الأطفال ذوي الإعاقة البصرية فصولهم لأوقات جزئية محددة لتلقي تعليمات محددة وأدوات من مدرس غرفة المصادر الذي يعمل في تلك المدرسة.

ومن المفترض أن تكون هنالك علاقة تعاون جيدة بين مدرس غرفة المصادر ومدرس الفصل العام لحل مشكلات الطفل ذي الإعاقة البصرية. كما إن مدرس التربية الخاصة يمكنه أن يكون مصدرا للتزويد بالأدوات والطرق الملائمة التي قد تنجح مع الطفل فمن مهام معلم غرفة المصادر ما يلي:

(١) القيام بمهام التشخيص والتقويم والتدريب للطلاب ذوي الإعاقة البصرية الذين يتم تحويلهم من صفوفهم العادية.

(٢) تقديم المشورة لمدرس الفصل العادي حول كيفية التعامل مع الحالات التي يلزم تدريسها، أو تدريبها توفير برامج تعليمية خاصة يتم تطويرها من قبل القائم على غرفة المصادر بالتعاون مع مدرس الفصل. وكذلك اقتراح طرق التدريس الفعالة التي يمكن أن تستخدم من قبل معلم التعليم العام للتلاميذ الذين يعانون من مشكلات خاصة داخل الصف.

(٣) التعاون والتنسيق مع الأسرة من خلال المتابعة للتأكد من تنفيذ الأسرة للبرامج المقترحة لكل حالة إعاقة وتوفير المعلومات اللازمة لهم حول ما يتوافر في البيئة المحلية من خدمات خاصة.

أولياء الأمور الطلاب:

مما لاشك فيه أن البرامج تكون أكثر فعالية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية عندما يشارك آبائهم فيها بشكل حيوي، إذ يمكن أن يزود الوالدين الفريق بمعلومات عن أداء أبنائهم الطلاب ذوي الإعاقة البصرية خارج المدرسة. كما يمكنهم المساعدة في تحديد الأهداف التعليمية الملائمة. هذا بالإضافة إلى إسهامهم في جهود فريق العمل من خلال تحديد سمات البرامج التعليمية التي يمكنهم دعمها، أو استكمالها في المنزل من خلالهم.

يؤدي أولياء الأمور دورا مهمًا في فريق العمل المدرسي بالمدرسة، حيث يتعاظم دورهم في تزويد باقي أعضاء فريق المدرسي بالمعلومات والبيانات عن أبنائهم والتي تساعدهم في تشخيص حالتهم، ورسم الاستراتيجيات الإرشادية المناسبة لمساعدتهم، كما أنهم أيضًا يؤديون دورا حيويا في تقديم الخدمة الإرشادية لأبنائهم من خلال المشورة التي تقدم لهم من باقي أعضاء الفريق عن أنسب الأساليب التي يمكن أن يتعاملوا بها مع أبنائهم من خلال البرامج الإرشادية، هذا إلى جانب دورهم في دعم البرامج الإنمائية والوقائية التي تقدم لأبنائهم، ولذلك فإن الدور الملقي على عاتق أولياء الأمور لا يمكن إغفاله مما يستوجب معه إيجاد قنوات اتصال دائمة معهم. وذلك للقيام بأدوارهم في تقديم الخدمة النفسية.

إن الوعي الوالدي بالبرنامج المصمم لطفلهم، والتنسيق بين البيت والمدرسة من الممكن أن يؤدى إلى نتائج إيجابية مهمة للعديد من الطلاب، كما أن اهتمام الفريق بحاجات أطفالهم قد تجعلهم يحصلون على المساندة الوالدية لتلبية الحاجات التعليمية المطلوب اكسبها للطالب.

ويتعاون الوالدين مع فرق العمل في الإدلاء بمعلومات صادقة وموضوعية عن الطالب بما يفيد في رسم صورة متكاملة الجوانب عن حالته للكشف عن الجوانب الغامضة لتحديد المشكلة وتخطيط البرامج الإرشادية. وتلبية دعوة فرق العمل لحضور الندوات واللقاءات للتعرف على الخدمات التي يمكن تقديمها لأبنائهم ولهم عبر البرامج الإرشادية الإنمائية، والوقائية، والعلاجية. كما يكون الوالدين على استعداد لتقديم المساعدة إذا طلب منهم ملاحظة سلوك ابنهم خلال فترات معينة في المنزل، أو أثناء لعبه مع إخوته وأخواته وأقرانه، أو أثناء تفاعله مع الأقارب حتى يمكن التعرف على الأسباب التي تقف وراء اضطرابه.

ويسهم الوالدين بدور فعال وإيجابي في حالة ما إذا كان ابنهم يعاني من صعوبات تعلم في إطار البرنامج العلاجي المحدد لمساعدته. وتقديم الدعم والتشجيع

لأبنائهم الموهوبين والمتفوقين في إطار رعايتهم وتنميتهم وذلك من خلال توفير الإمكانات اللازمة التي تصقل مواهبهم الخاصة.

يتعاظم دور أولياء الأمور في فريق الخدمة النفسية في حالة كون أحد أبنائهم ذا إعاقة (سمعية، أو بصرية، أو عقلية، أو جسمية)، حتى يتسنى لهم الإلمام بطبيعة الإعاقة وأسبابها وطرق التعامل مع الطفل وكيفية تقديم المساعدة له للتغلب على مشكلاته ولإشباع حاجاته بما يسهم في إحداث التوافق الشخصي والاجتماعي له.

وقد يعترض أولياء الأمور ذوي الإعاقة البصرية في البداية على مشاركتهم في أنشطة الفرق التي تقوم بخدمة أبنائهم، وخاصة إذا كانت اتصالاتهم السابقة مع المدرسة سلبية، وقد يؤثر هذا على اختيار الآباء ليكونوا ضمن فريق يتألف أساسًا من المهنيين، ولذلك قد يحتاج فريق العمل إلى أن يقدموا لأولياء الأمور ضمانات خاصة تتعلق بأهمية مشاركتهم ضمن الفريق.

وينبغي على الفريق بذل كل الجهود لإشراك والدي الطلاب ذوي الإعاقة البصرية بشكل كامل في البرامج المقدمة لأبنائهم، واذا حدث صراع بين الوالدين والمهنيين ينبغي أن يتم حله على مستوى الفريق، ومن ناحية أخرى إذا لم يوافق الوالدين على التوصيات التي قدمها الفريق فيمكنهم تقديم طلب التماس لمناقشة قرارات الفريق، ومن حق إدارة التعليم أن تقدم هي الأخرى التماسًا إذا رأوا أن الأسرة ليست فاعلة فيما يتعلق باختيار أفضل الاهتمامات للطالب.

ولذلك فإن الدور الملقى على عاتق أولياء الأمور لا يمكن إغفاله مما يستوجب معه إيجاد قنوات اتصال دائمة معهم. وذلك للقيام بأدوارهم في تقديم الخدمة النفسية، من منطلق عضويتهم كشركاء أساسين في فريق الإرشاد المدرسي، والتي من بينها ما يلي:

(١) المساهمة بدور فعال وايجابي في حالة ما إذا كان ابنهم ذي الإعاقة البصرية يعاني من صعوبات تعلم في إطار البرنامج العلاجي المحدد لمساعدته.

(٢) التعاون مع الأخصائي النفسي في الإدلاء بمعلومات صادقة وموضوعية عن الطالب بما يفيد في رسم صورة متكاملة الجوانب عن حالته للكشف عن الجوانب الغامضة لتحديد المشكلة وتخطيط البرامج الإرشادية.

(٣) تلبية دعوة الأخصائي النفسي لحضور الندوات واللقاءات للتعرف على الخدمات التي يمكن تقديمها لأبنائهم ذوي الإعاقة البصرية ولهم عبر البرامج الإرشادية الإنمائية، والوقائية، والعلاجية.

(٤) الاستعداد لتقديم المساعدة إذا طلب منهم ملاحظة سلوك ابنهم خلال فترات معينة في المنزل، أو أثناء لعبه مع إخوته وأخواته وأقرانه، أو أثناء تفاعله مع الأقارب حتى يمكن التعرف على الأسباب التي تقف وراء اضطرابه.

(٥) تقديم الدعم والتشجيع لأبنائهم الموهوبين والمتفوقين من ذوي الإعاقة البصرية في إطار رعايتهم وتنميتهم وذلك من خلال توفير الإمكانات اللازمة التي تصقل مواهبهم الخاصة.

(٦) يتعاظم دور أولياء الأمور ذوي الإعاقة البصرية في فريق الخدمة النفسية، حتى يتسنى لهم الإلمام بطبيعة الإعاقة، وأسبابها وطرق التعامل مع الطفل، وكيفية تقديم المساعدة له للتغلب على مشكلاته، ولإشباع حاجاته بما يسهم في إحداث التوافق الشخصي والاجتماعي له.

الأخصائيون النفسيون بالمدرسة:

يساعد الأخصائيون النفسيون فريق التقييم في تقييم الطلاب المحالين إلى خدمات التربية الخاصة، وهم مسؤولين عن تطبيق الاختبارات والمقاييس، ومن الممكن أن يقوموا بملاحظة الطلاب في صفوف التعليم العام، ومقابلة الوالدين، والتشاور مع باقي المهنيين ممن لديهم معلومات عن الأداء الحالي للطلاب، ويفيد مشاركة الأخصائيين

النفسيين في فريق التقييم وفريق البرنامج التربوي الفردي في قيامه بتفسير وتوضيح نتائج التقييم التي أجريت على الطلاب. وغالبا ما يحصل الأخصائيون النفسيون على تدريب في الإرشاد النفسي وإدارة الصف. ولكن من بين مسئولياتهم الأخرى أيضا تقييم الطلاب وكتابة التقارير والمشاركة في كل من: فريق ما قبل الإحالة. وفريق التقييم. وفريق البرنامج التربوي الفردي. ونظرا لأنه يطلب منهم أحيانا خدمة أكثر من مدرسة فإنهم قد لا يستطيعون التفرغ لتقديم المشورة المباشرة مع المعلم الذي لديه قلق عاجل حول أحد الطلاب.

أخصائيو الخدمة الاجتماعية المدرسية:

يعد الأخصائي الاجتماعي المدرسي بمثابة حلقة الوصل بين المدرسة والمؤسسات الخارجية الموجودة بالمجتمع بدءا من المنزل إلى المراكز المتخصصة حيث يتركز محور اهتمام الأخصائي الاجتماعي في العمل مع البيئة التي يعيش فيها الطالب بما فيها من أشخاص. وأنشطة. وخبرات تؤثر عليه. فالخدمة الاجتماعية المدرسية خدمة متخصصة تشتمل على القيام بدراسة الحالة في مجال المنزل والمدرسة لمجموعة الطلاب الذين يعانون من مشكلات ترجع لظروف الأسرة والبيئة المحيطة بهم. أي أنه يمكن القول أن الأخصائي الاجتماعي يتعامل مع البيئة بهدف تعديلها وتغييرها.

وفي ضوء ذلك التصور تتحدد المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي كأحد أفراد فريق الخدمة المدرسية إذ يساعد على إعداد دراسة الحالة في نطاق المنزل من خلال فحص العلاقات المتبادلة داخل نطاق الأسرة التي يمكن أن تؤدي إلى زيادة التوتر والضغوط على الطالب. والمشاركة في تقديم المشورة في إطار مؤتمر الحالة كأحد أعضاء فريق الإرشاد مع التركيز على تأثير البيئة المحيطة على سلوك الطالب. وتقديم المساعدة في إحالة الطالب إلى المؤسسات الاجتماعية والصحية والتي يمكن أن

يستفيد من الخدمات المقدمة فيها. والعمل على تغيير، أو تعديل الظروف البيئية التي تحيط بالطالب والتي كانت سببا في حدوث خبرات مؤلمة له أثرت على استجاباته السلوكية. وتقديم بعض الخدمات الخاصة بالطلاب ذوي الإعاقة (البصرية، السمعية، الجسمية.. وغيرها) بتوفير بعض الأجهزة المعينة التي يحتاجون إليها من خلال الاتصال بالمراكز الطبية والتأهيلية والمؤسسات الخاصة التي يمكنها توفير ذلك بالمجان، أو بأسعار رمزية تكون في متناول أولياء الأمور في أسر ذوي الإعاقة البصرية. وأخيرًا المشاركة في الإرشاد الجماعي والإرشاد الأسري وإرشاد بعض حالات الجناح وسوء التوافق الاجتماعي وحل المشكلات الاجتماعية.

يعد الأخصائي الاجتماعي المدرسي بمثابة حلقة الوصل بين المدرسة والمؤسسات الخارجية الموجودة بالمجتمع بدءًا من المنزل إلى المراكز المتخصصة حيث يتركز محور اهتمام الأخصائي الاجتماعي في العمل مع البيئة التي يعيش فيها الطالب بما فيها من أشخاص، وأنشطة، وخبرات تؤثر عليه؛ فالخدمة الاجتماعية المدرسية خدمة متخصصة تشتمل على القيام بدراسة الحالة في مجال المنزل والمدرسة لمجموعة الطلاب الذين يعانون من مشكلات ترجع لظروف الأسرة والبيئة المحيطة بهم، أي أنه يمكن القول أن الأخصائي الاجتماعي يتعامل مع البيئة بهدف تعديلها وتغييرها. وفي ضوء ذلك التصور تتحدد المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي كأحد أفراد فريق الخدمة المدرسية على النحو التالي:

(١) إعداد دراسة الحالة في نطاق المنزل من خلال فحص العلاقات المتبادلة داخل نطاق الأسرة التي يمكن أن تؤدي إلى زيادة التوتر والضغوط على الطالب ذي الإعاقة البصرية.

(٢) المشاركة في تقديم المشورة في إطار مؤتمر الحالة كأحد أعضاء فريق الإرشاد مع التركيز على تأثير البيئة المحيطة على سلوك الطالب ذي الإعاقة البصرية.

(٣) تقديم المساعدة في إحالة الطالب ذي الإعاقة البصرية إلى المؤسسات الاجتماعية والصحية والتي يمكن أن يستفيد من الخدمات المقدمة فيها.

(٤) العمل على تغيير، أو تعديل الظروف البيئية التي تحيط بالطالب ذي الإعاقة البصرية والتي كانت سببا في حدوث خبرات مؤلمة له أثرت على استجاباته السلوكية.

(٥) تقديم بعض الخدمات الخاصة بالطلاب ذوي الإعاقة البصرية، بتوفير بعض الأجهزة المعينة التي يحتاجون إليها من خلال الاتصال بالمراكز الطبية والتأهيلية والمؤسسات الخاصة التي يمكنها توفير ذلك بالمجان، أو بأسعار رمزية تكون في متناول الآباء.

(٦) المشاركة في الإرشاد الجماعي والإرشاد الأسري وإرشاد بعض حالات الجناح وسوء التوافق الاجتماعي وحل المشكلات الاجتماعية.

المرشدون الطلابيون في المدرسة:

المرشدون الطلابيون لهم أدوار متعددة في الفرق التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية، وكذلك تقديم الخدمات المباشرة لهم، فيقومون بالمساعدة في جمع المعلومات من المعلمين والسجلات المدرسية والوالدين والمؤسسات المجتمعية، - وخاصة عندما لا يتوفر الأخصائي الاجتماعي في المدرسة- وقد يحصل الطلاب ذوي الإعاقة البصرية على الإرشاد والتوجيه التعليمي من هؤلاء المهنيين، وغالبًا ما يقوم المرشد الطلابي في المدرسة الثانوية بتنسيق البرامج التعليمية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية. وتحمل مسئولية توصيل المعلومات حول مدى تقدم كل طالب للمعلمين والوالدين والطلاب أنفسهم.

ويؤدي المرشد الطلابي دورًا مهما في متابعة حالات الطلاب من الناحية التحصيلية وتقديم الخدمات الإرشادية لهم، والتعرف على الطلاب المتفوقين والموهوبين

والمتأخرين دراسيًا والطلاب الذين لديهم تفاوت في مستويات التحصيل الدراسي بالنسبة لما يدرسونه من مقررات لاتخاذ الوسائل والإجراءات الكفيلة بتلبية احتياجات كل منهم بالتعاون مع ذوي الاختصاص. بالإضافة للتعرف على الأحوال الأسرية للتلاميذ وخاصة من الناحية الاقتصادية منها ومساعدة ذوي المستويات الاقتصادية المتدنية عن طريق الصندوق المدرسي. ودراسة الحالات الفردية للذين تظهر عليهم بوادر سلبية في السلوك تشير إلى اضطرابهم ومن ثم وجوب تفهم مشكلاتهم. كما يتواصل ويتعاون مع المدرسين بشكل عام ورواد الصفوف بشكل خاص وكذلك عمداء الأسر والمشرفين الاجتماعيين في حالة المعاهد التي توجد بها أقسام داخلية لجمع المعلومات عن التلميذ المراد دراسة حالته. ويقوم أيضا بتعبئة السجل الشامل للتلميذ والمحافظة على سريته وتنظيم الملفات والسجلات الخاصة بالتوجيه والإرشاد. وللمرشد الطلابي العديد من الأدوار التي يقوم بها، ومن بينها ما يلي:

(١) متابعة حالات الطلاب التحصيلية وتقديم الخدمات الإرشادية لهم.

(٢) التعرف على الأحوال الأسرية للتلاميذ وخاصة الاقتصادية منها ومساعدة ذوي المستويات الاقتصادية المتدنية عن طريق الصندوق المدرسي.

(٣) دراسة الحالات الفردية للذين تظهر عليهم بوادر سلبية في السلوك تشير إلى اضطرابهم وتفهم مشكلاتهم.

(٤) التواصل والتعاون مع المدرسين بشكل عام ورواد الصفوف بشكل خاص وكذلك عمداء الأسر والمشرفين الاجتماعيين في حالة المعاهد التي توجد بها أقسام داخلية لجمع المعلومات عن التلميذ المراد دراسة حالته.

(٥) تعبئة السجل الشامل للتلميذ والمحافظة على سريته وتنظيم الملفات والسجلات الخاصة بالتوجيه والإرشاد.

(٦) التعرف على الطلاب ذوي الإعاقة البصرية المتفوقين والموهوبين والمتأخرين دراسيا والطلاب الذين لديهم تفاوت في التحصيل الدراسي بالنسبة لما يدرسونه من مقررات لاتخاذ الوسائل والإجراءات الكفيلة بتلبية احتياجات كل منهم بالتعاون مع ذوي الاختصاص.

الطالب ذي الإعاقة البصرية:

يشارك الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في أنشطة الفريق عندما يكون ذلك ممكنا. وكقاعدة عامة يتم ضم ذوي الإعاقة البصرية للفريق عندما يبلغون مرحلة المراهقة. وفي أحد الاستطلاعات الحديثة (Martin, Marshall & Sale, 2004) تبين أن ٨٠٪ من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية يشاركون في اجتماعات البرنامج التربوي الفردي. ولذلك ينبغي تشجيع الطلاب المشاركين على مناقشة ردود أفعالهم واستجاباتهم وإدراكهم للأهداف التربوية المحتملة وأماكن تنفيذها.

قد يعتقد البعض أن دور الطالب ذي الإعاقة البصرية في فرق العمل هو دور المتلقي للخدمة فقط دون أن يسهم في فعاليات برامج الخدمات المساندة. غير أن ذلك مخالف للواقع: فبدون التفاعل الايجابي للطالب سوف تفشل كل الجهود التي تبذل من أجله. فإذا لم يبدي الطالب التعاون والمشاركة لأعضاء فريق الخدمات المساندة: فيصبح لا طائل لما يقدم له من خدمات إذ لم تكن لديه الرغبة الصادقة في حل مشكلاته. ويتحدد دور الطالب في إطار عضويته في فريق العمل على النحو التالي:

(١) ينبغي على الطالب ذي الإعاقة البصرية أن يستفيد من الأنشطة والبرامج التي تقدمها له برامج الخدمات المساندة.

(٢) ينبغي على الطالب أن يبذل أقصى جهد في اقتراح الحلول المناسبة لمشكلته. وأن يمارس حقه في اتخاذ قراراته بنفسه.

(٣) يجب على الطالب ذي الإعاقة البصرية أن يستجيب بصدق لكل ما يسأل عنه أثناء المقابلة، أو عند أدائه لبعض الاختبارات والمقاييس التي تطبق عليه، وذلك حتى يسهل تقديم الخدمة الإرشادية والتوجيهية المناسبة له.

(٤) يجب على الطالب ذي الإعاقة البصرية أن يقبل العلاقة مع أعضاء فريق الخدمات المساندة وأن يضع ثقته فيهم، وأن تبنى تلك العلاقة على أساس من التقبل والفهم والاحترام المتبادل والتعاون الصادق.

(٥) ينبغي على الطالب ذي الإعاقة البصرية أن يشارك في تقييم برامج الخدمات المساندة التي تقدم له في المدرسة واقتراح ما يؤدي إلى تحسين تلك البرامج.

باقي أفراد الفريق:

هناك أشخاص آخرون يشاركون الفريق في خدمة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية عندما تكون هناك حاجة للاستعانة بخبراتهم الخاصة، فعلى سبيل المثال بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات البدنية فإن بعض المهنيين مثل: أخصائي العلاج الطبيعي، وأخصائي العلاج الوظيفي، ومعلم التربية البدنية يؤدون أدوارًا مهمة في الفريق: فعندما يلتحق صغار الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بالمدرسة فإنه من الضروري أن يتم الحصول على المعلومات من أخصائي التدخل المبكر فيما يتعلق بمدى تقدم الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (رياض الأطفال) لتسهيل انتقالهم إلى البرامج المدرسية، وبالنسبة لطلاب المدرسة الثانوية فإن مرشد التأهيل المهني يؤدي دورًا مهمًا في الفريق، ومن الممكن أن يسهم أيضًا أخصائي السمع في فهم الفريق للآثار المترتبة على فقدان السمع لدى أحد الطلاب، ومن الممكن أن يسهم أخصائي التكنولوجيا التعويضية في تقديم النصح للفريق عند اختيار واستخدام الأدوات التكنولوجية لزيادة واستمرار

وتحسين القدرات الوظيفية لدى الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ، وهناك أيضًا مساعد المعلم الذي يعمل بالقرب من الطالب ذي الإعاقة البصرية .

وعلى الرغم من أن هؤلاء المهنيين معدودين كأفراد في الفريق، فإن الفريق الفعال يتطلب دعم هؤلاء الأشخاص لرعاية ومراعاة الحاجات الخاصة للطلاب بشكل متكامل، ولكن ما يجب الانتباه إليه أن الفرق الكبيرة التي تضم أكثر من ٥ – ٧ أفراد تقل فاعليتها وانتاجيتها. وكحد أدني يجب أن يشتمل كل فريق على والدي الطالب ومعلم التعليم العام، ومعلم التربية الخاصة.

الفصل الثالث

وسائل وأدوات تقييم وتشخيص ذوي الإعاقة البصرية

الفصل الثالث

وسائل وأدوات تقييم وتشخيص ذوي الإعاقة البصرية

مُقَدِّمَة

تتعدد الوسائل، أو الأدوات التي يعتمد عليها أخصائي التشخيص عند جمع معلومات، أو بيانات عن الطالب ذي الإعاقة البصرية، فقد يعتمد أخصائي التشخيص على طريقة معينة للكشف عن بعض جوانب شخصية الطالب ذي الإعاقة البصرية، وتفشل طرق أخرى في الكشف عنها، وقد يبدأ أخصائي التشخيص في استخدام طريقة كالمقابلة مثلاً ثم ينتقل منها إلى تطبيق الاختبارات والمقاييس ليدعم آرائه واستنتاجاته حول نقطة معينة، ثم ينتقل منها لإجراء الملاحظة، أو دراسة الحالة للتأكد من مجموعة أخرى من الافتراضات... وهكذا فكلما تعددت هذه الوسائل والأدوات كانت المعلومات أكثر دقة وصدقًا وموضوعية. وفي هذا الإطار المحدد تم اختيار أكثر أدوات جمع المعلومات التي يمكن أن يستخدمها أخصائيي التشخيص في المدارس انتشارًا، والتي يمكن عرضها على الوجه التالي:

أولاً: البرنامج التربوي الفردي

يعرف البرنامج التربوي الفردي بمفهومه الإداري بأنه: "وثيقة مكتوبة لغرض التواصل والتنسيق الإداري بين أطراف العملية التعليمية (التلميذ – فريق العمل المدرسي- الأسرة) والأفراد والجهات المنصوص عليها في برنامج التلميذ".

أما المفهوم التربوي للبرنامج التربوي الفردي فيعرف بأنه: "وصف مكتوب لجميع الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي تقتضيها احتياجات كل تلميذ من

ذوي الإعاقة البصرية مبني على نتائج التشخيص والقياس – ومعد من قبل فريق العمل في المؤسسة التعليمية".

تعبّر البرامج التعليمية الفردية والجماعية عن خطط ومناهج تعليمية مختلفة سواء في بُنى محتواها، أو آليات تنفيذها؛ إلا أن الغايات التربوية لهما واحدة وهي الارتقاء بقدرات الفرد موضع العملية التعليمية إلى الحد الأدنى من القبول الاجتماعي، أو ما يسمى بالمواطنة الصالحة.

وهكذا، فإن البرامج التربوية الخاصة في منظومتها المتكاملة تبنى على مبدأ تفريد الإجراءات والعمليات المؤدية إلى تكوين البرامج التربوية الفردية، وبالتالي تؤلف تلك البرامج في مجملها الكثير من الفعاليات، والأنشطة المعرفية، والمهارية التي تغطي مدى واسع من المجالات الحيوية التي قد يحتاجها التلميذ ذي الإعاقة البصرية موضع العملية التعليمية الفردية، ولكن في إطار التصاميم التعليمية الفردية .

من جهة أخرى، تبنى البرامج التربوية العامة في منظومتها المتكاملة على مبدأ فرضية تماثل القدرات والاحتياجات وفق مراحل عمرية معينة (أعمار زمنية تقريبًا واحدة)، لذلك يتم تصميم محتوى المادة، أو البرنامج المقدم للتلاميذ العاديين في إطار خصائصهم النمائية المتنوعة (معرفي، ووجداني، واجتماعي، وبدني) التي تمثل احتياجات مرحلة عمرية معينة.

أهمية الخطة التربوية الفردية:

تعد الخطة التربوية الفردية القاعدة التي تنبثق منها كافة النشاطات التدريبية والإجراءات التعليمية، وبسبب أهمية الدور الذي تلعبه في عملية تدريب الأطفال ذوي الإعاقة البصرية وتربيتهم فقد نصت التشريعات التربوية الخاصة في عدد من الدول

على ضرورة إعداد برنامج تربوي فردي لكل طفل تقدم له خدمات التربية الخاصة لقد غير البرنامج التربوي الفردي مسار التربية الخاصة وذلك للاعتبارات التالية:

(١) تقدم الخطة التربوية الفردية الضمانات الكافية لإشراك والدي الطفل في العملية التربوية الخاصة.

(٢) أن البرنامج التربوي الفردي يعمل بمثابة وثيقة مكتوبة تؤدي بطبيعتها إلى حشد الجهود التي يبذلها ذوو الاختصاصات المختلفة لتربية الطفل ذي الإعاقة البصرية وتدريبه.

(٣) أن البرنامج التربوي الفردي يرغم الاختصاصيين على الأخذ في الحسبان الانجازات المستقبلية المتوقعة للطفل. وذلك يعني وضع الأهداف للطفل سنويًا الأمر الذي يسمح بالتنبؤ بالتحسن في أدائه. وبالحكم على فاعلية البرنامج.

(٤) أن البرنامج التربوي الفردي يعين بوضوح مسؤوليات كل اختصاصي فيما يتعلق بتنفيذ الخدمات التربوية الخاصة.

(٥) يرغم البرنامج التربوي الفردي كل الاختصاصيين على تقييم فاعليتهم الذاتية: فليس المطلوب اختيار منهج. أو استخدام طريقة تدريس تثبت فاعليتها في بحث. أو دراسة ولكن المطلوب هو اختيار الأساليب الفعالة والملائمة للطفل.

(٦) أن البرنامج التربوي الفردي يقوم أساسا على افتراض مفاده أن من الأهمية بمكان التعامل مع الطفل بوصفه ذا خصائص فريدة: فليس مقبولاً التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية كمجموعة متماثلة على أنهم أطفال متشابهون. فالبرنامج يجب أن يقدم للطفل وليس للفئة التي ينتمي إليها.

(٧) أن البرنامج التربوي الفردي يعمل بمثابة محك للمسائلة عن مدى ملائمة وفاعلية الخدمات المقدمة للطفل.

ويضيف هارون (٢٠٠٤) أيضًا أن أهمية الخطة التربوية الفردية تكمن في النقاط التالية:

(١) تعمل الخطة التربوية الفردية بمثابة وثيقة مكتوبة تؤدي بطبيعتها إلى حشد الجهود التي يبذلها ذوو الاختصاص لتربية الطفل ذي الإعاقة البصرية وتدريبه، فهي تتناول تقريرًا شاملاً عن كل طفل.

(٢) تتضمن الخطة التربوية الفردية تحديد قدرات الطفل ذي الإعاقة البصرية الحالية ومستوى أدائه الحالي.

(٣) تقدم الخطة التربوية الفردية الضمانات الكافية لإشراك والدي الطفل ذي الإعاقة البصرية في العملية التربوية الخاصة ليس بوصفها مصدرًا للمعلومات عن الطفل ولكن بوصفها مصدرًا للمعلومات عن الطفل.

(٤) تحدد مسؤوليات كل من الأخصائيين فيما يتعلق بتنفيذ الخدمات التربوية الخاصة.

(٥) تعد الخطة التربوية الفردية بمثابة محك للمساءلة عن مدى ملاءمة، وفعالية الخدمات المقدمة للطفل ذي الإعاقة البصرية.

(٦) تتضمن الخطة التربوية الفردية الأهداف التعليمية والفترة الزمنية المتوقعة والتي تسعى الخطة إلى تحقيقها فهي تتضمن الخدمات التي يجب أن توفر للطفل لتحسين امكانياته وقدراته في ضوء الأهداف المتوقعة.

مفهوم البرنامج التربوي الفردي والمفاهيم ذات الصلة:

المستوى الحالي لأداء التلميذ: يقصد بالمستوى الحالي لأداء التلميذ جميع المهارات والمعلومات التي يستطيع القيام بها دون مساعدة، وكذلك المهارات والمعلومات التي لا يستطيع التلميذ القيام بها دون مساعدة خارجية كخدمات التربية الخاصة، كما أن مستوى الأداء الحالي يبين أيضا أثر الإعاقة على الأداء العام للتلميذ كالسلوك الاجتماعي.

جوانب القوة: يقصد بجوانب القوة الأكاديمية، أو الاجتماعية تلك المهارات التي تمكن التلميذ من الأداء باستقلالية، أي أنه قادر على تحقيق ٩٠٪ على الأقل من الأداء في الواجبات المطلوبة دون مساعدة خارجية.

جوانب الاحتياج: جوانب الاحتياج هي تلك المهارات، أو المعلومات التي لم يكتمل نموها بعد وتحتاج إلى تدريب وتدريس، وغالبا فإن تحقيق مستوى يقل عن ٨٠٪ من الأداء يعد مؤشراً لمستوى الاحتياج في كثير من المهارات الأكاديمية.

الأهداف طويلة المدى: هي سلوك متوقع يمكن ملاحظته وقياسه وتحقيقه خلال فصل دراسي، أو أكثر من خلال تنفيذ البرنامج التربوي الفردي الخاص بالتلميذ، وتحوي هذه الأهداف جميع الأهداف قصيرة المدى لأي ناحية معطاة من نواحي الاحتياج، على أن تصف الأداء التربوي المطلوب إنجازه في نهاية التدخل.

الأهداف قصيرة المدى: هي سلوك متوقع من التلميذ يمكن ملاحظته وقياسه وتحقيقه خلال فترة زمنية قصيرة، وهي خطوات بين مستوى الأداء الحالي للتلميذ والأهداف طويلة المدى، حيث تقود التدريس، أو التدخل - أيا كان نوعه - نحو تحقيق الأهداف طويلة المدى، كما أنها تفيد في التعرف على مدى تقدم التلميذ تبعا للخطة المرسومة.

الأهداف التدريسية: هي خطوات لتحقيق الأهداف قصيرة المدى تصف ما يتوقع أن يكتسبه التلميذ من مهارات، أو معلومات خلال حصة تدريسية واحدة، أو فترة وجيزة وتكون قابلة للقياس.

الفريق متعدد التخصصات: هو مفهوم تربوي يتضمن إشراك عدد من المتخصصين وغير المتخصصين ممن تستدعي حالة التلميذ مشاركتهم مثل مدير المدرسة، أو المشرف على البرنامج، معلم التربية الخاصة، ولي أمر التلميذ، معلم الفصل العادي، المختص النفسي، المرشد الطلابي... الخ.

أهداف البرنامج التربوي الفردي:

يسعى البرنامج التربوي الفردي إلى تحقيق الأهداف التالية:

(١) ضمان حق التلميذ في الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي تلبي جميع احتياجات

(٢) تؤدي الخطة التربوية الفردية على تحسين عملية التواصل بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات وخاصة بين المعلم والآباء (الخطيب، ١٩٩٤).

(٣) تحديد الإجراءات الضرورية لتقديم الخدمات التربوية المساندة لكل تلميذ.

(٤) تحديد نوعية وكمية الخدمة التربوية والمساندة المطلوبة لاحتياجات كل تلميذ على حدة.

(٥) تحقيق التواصل بين الجهات المعنية لخدمة التلميذ والأسرة لمناقشة وضع القرارات

(٦) تساعد الخطة التربوية الفردية في تقديم تعليم مخطط ومنظم إذ تساعد الأهداف المكتوبة بطريقة مقصودة لتحقيق التدريس الجيد الفعال.

(٧) تعد الخطة التربوية الفردية مصدرًا لحماية حقوق الطفل ذي الإعاقة البصرية المستهدف في الخطة وذلك لاحتوائها على خطوات وعمليات تضمن حق الفرد في تلقي الخدمة التعليمية المناسبة وما يصاحبها من خدمات مساندة أخرى. تعد القاعدة التي تنبثق منها كافة الأنشطة التدريبية والإجراءات التعليمية لأهميتها في عملية تدريس الأطفال ذوي الإعاقة البصرية وتربيتهم وقد نصت التشريعات التربوية على ضرورة إعداد خطة تربوية فردية لكل طفل تقدم له خدمات تربوية خاصة (هارون، ٢٠٠٤).

(٨) تعمل الخطة التربوية الفردية كقاعدة للتقييم حيث تساعد الأهداف التعليمية المعدة سلفا للطفل في تحديد فاعلية المعلم ومدى تمكنه.

(٩) ضمان حق الأسرة في تلقي الرعاية المناسبة لأبنائها.

(١٠) قياس مدى تقدم التلميذ في تحقيق الأهداف الموضوعة له في البرنامج.

(١١) المناسبة والمتعلقة باحتياجات التلميذ.

ومن الجدير بالذكر أن جميع الأهداف والغايات في الخطة التربوية الفردية ينبغي أن تذكر المعايير حتى يتمكن أعضاء الفريق من تقييم تقدم الطفل. وفعالية الاستراتيجيات التعليمية. ومن الضروري أن يفهم أعضاء فريق الخطة التربوية الفردية الغايات والأهداف والمعايير التي وضعت لكل منها. كما ويجب تقييم كل الاستراتيجيات التي طبقت في برنامج الطفل التربوي لمعرفة تأثيرها وتغييرها حسب الضرورة.

مرتكزات البرنامج التربوي الفردي:

١- الاعتبارات الأساسية:

(أ) يجب إعداد خطة تربوية فردية لكل تلميذ من ذوي الإعاقة البصرية أيا كان نوع. ومكان. وزمان الخدمة المطلوبة.

(ب) يجب تسخير جميع الإمكانات المادية. والبشرية. والمكانية. والوسائل. والأساليب اللازمة. لإنجاح الخطة التربوية الفردية.

(ج) يجب أن يتم إعداد الخطة التربوية الفردية بناء على نتائج التشخيص والقياس لكل تلميذ ذي إعاقة بصرية على حدة.

(د) يجب أن تعتمد عمليات الخطة التربوية الفردية على الوصف الدقيق المكتوب للبرنامج التعليمي والخدمات المساندة.

(هـ) يجب أن يتم إعداد الخطة التربوية الفردية بناء على احتياجات التلميذ ذي الإعاقة البصرية المحددة في مستوى أدائه الحالي.

(و) يجب أن تعتمد الخطة التربوية الفردية على عمل الفريق المتعدد التخصصات.

(ز) يجب مشاركة الأسرة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة الخطة التربوية الفردية في جميع مراحلها.

(ح) يجب أن يقترن عمل الخطة التربوية الفردية بفترة زمنية محددة لبداية ونهاية الخدمات المطلوبة.

(ط) يجب أن تخضع الخطة التربوية الفردية للتقويم المستمر والنهائي.

٢ - محتويا ت البرنامج:

ينقسم محتوى البرنامج التربوي الفردي إلى قسمين رئيسين:

القسم الأول: المعلومات الشخصية عن التلميذ ذي الإعاقة البصرية.

وتشمل اسم الطفل، تاريخ الميلاد، درجة إعاقته البصرية، الجنس، السنة الدراسية، وتاريخ الالتحاق بالمدرسة.

القسم الثاني: عناصر البرنامج التربوي الفردي وهي:

(أ) وصف مستوى الأداء الحالي للتلميذ ذي الإعاقة البصرية (نقاط القوة ومواطن الاحتياج).

(ب) تحديد الأهداف بعيدة المدى والأهداف قصيرة المدى على آن تصاغ صياغة سلوكية قابلة للقياس.

(ج) تحديد الخدمات التربوية والخدمات المساندة.

(د) تحديد بداية ونهاية الخدمات المطلوب تقديمها للتلميذ.

(هـ) تحديد البدائل المكانية التربوية الملائمة وأساليب تقديم الخدمة للتلميذ مثل: (الفصل العادي مع خدمات المعلم المستشار، الفُصل العادي مع خدمات المعلم المتجول، غرفة المصادر، الفصل الخاص، المدرسة النهارية، المدرسة الداخلية، مراكز الإقامة الدائمة).

(و) تحديد المعايير الموضوعية لقياس الأداء وتحديد إجراءات تقويم الخطة ومواعيدها الدورية (يومية - أسبوعية - شهرية - سنوية).

(ز) تحديد المستلزمات التعليمية وغير التعليمية (أدوات - مواد - وسائل.. الخ).

(ح) تحديد المشاركين في فعاليات الخطة التربوية الفردية إعدادا وتنفيذًا وتقويمًا ومتابعة.

٣ - متطلبات إعداد وتنفيذ وتقويم البرنامج التربوي الفردي:

إعداد البرنامج:

(أ) يتم تشكيل فريق البرنامج التربوي الفردي برئاسة مدير المؤسسة التربوية، أو من ينيبه وعضوية كل من:

- ✓ معلم التربية الخاصة.
- ✓ معلم الفصل العادي.
- ✓ ولي أمر التلميذ.
- ✓ أي اختصاصي يمكن الاستفادة منه في إعداد الخطة (مثل المرشد الطلابي، والطبيب، والمختص النفسي... الخ).

(ب) يتم كتابة وإعداد البرنامج التربوي الفردي لكل تلميذ ذي إعاقة بصرية من قبل لجنة الخطة التربوية الفردية بناء على توصيات فريق التشخيص والقياس.

(ج) يعد البرنامج التربوي الفردي خلال فترة لا تتجاوز أسبوعين من نهاية إجراءات التشخيص.

تنفيذ البرنامج:

(أ) يتم البدء في تنفيذ البرنامج التربوي الفردي خلال فترة لا تتجاوز أسبوعا من إعدادها.

(ب) يتم تنفيذ البرنامج التربوي الفردي من قبل كل من له علاقة بتقديم الخدمة المنصوص عليها في البرنامج.

(ج) يجب التنسيق بين الأعضاء القائمين بتنفيذ الخطة.

تقويم البرنامج:

(أ) يتم تقويم مدى تقدم أداء التلميذ ذي الإعاقة البصرية نحو تحقيق الأهداف قصيرة المدى بشكل مستمر.

(ب) يتم تقويم البرنامج التربوي الفردي مرة واحدة - على الأقل - كل عام دراسي لتحديد مدى فاعليته في تحقيق احتياجات التلميذ المنصوص عليها في الأهداف.

خطوات البرنامج التربوي الفردي

(أ) خطوات ما قبل إعداد البرنامج التربوي الفردي:

الخطوة الأولى: الإحالة:

يتم خلال هذه الخطوة إحالة التلميذ ذي الإعاقة البصرية من قبل أحد الأشخاص الذين هم على دراية بحالته، مثل المعلمين، أو الآباء والأمهات، إلى أحد الأخصائي في المدرسة، أو البرنامج الذي يقدم خدمات لذلك التلميذ، وتتم الإحالة عادة عندما يلاحظ على التلميذ تأخره، وذلك بتعبئة نموذج الإحالة المعد لذلك والمشتمل على اسم التلميذ، وتاريخ الإحالة، وأسبابها وكذلك اسم الشخص الذي قام بالإحالة، وإذا كانت الإحالة من خارج المدرسة فتحال إلى مدير المدرسة الذي يقوم بدوره بتوجيهها إلى برنامج التربية الخاصة.

الخطوة الثانية: إبلاغ ولي أمر التلميذ:

بعد إشعار الجهة المعنية بتقديم خدمات التربية الخاصة بالحالة، يقوم المدير، أو من ينوب عنه بإحاطة ولي أمر التلميذ علمًا بذلك من خلال رسالة مكتوبة موضحًا فيها اهتمام المدرسة، أو البرنامج بهذا التلميذ.

الخطوة الثالثة: التقييم المبدئي للتلميذ:

يقوم الأخصائي خلال هذه الخطوة بجمع معلومات عن الأداء الحالي والسابق للتلميذ ذي الإعاقة البصرية. ومن ثم يقوم بمراجعة هذه المعلومات أعضاء الفريق ذوي العلاقة (حسب طبيعة حالة التلميذ التي تظهرها المؤشرات الأولية). ومن خلال هذه المراجعة - التي يجب أن تتم في مدة أقصاها ثلاثون يوما - يتضح ما إذا كان المكان التربوي الحالي للتلميذ مناسبا. وليس هناك حاجة لتحويله للحصول على خدمات جديدة أخرى. وبهذا تكون إجراءات التحويل قد أوقفت. أما إذا قرر أخصائي بأن المعلومات المتوفرة كافية وليس هناك حاجة للمزيد من المعلومات. فينتقل الإجراء إلى الخطوة السادسة من (خطوات إعداد البرنامج التربوي الفردي).

الخطوة الرابعة: الحصول على موافقة ولي أمر على إجراء التقييم:

يتم في هذه الخطوة إرسال خطاب إلى ولي أمر التلميذ ذي الإعاقة البصرية للحصول على موافقته على قيام المدرسة، أو إدارة التربية والتعليم بتطبيق مزيد من الاختبارات والمقاييس. وتشتمل هذه الرسالة على ما يلي:

(١) مبررات تطبيق الاختبارات والمقاييس.

(٢) تاريخ انتهاء إجراءات التقييم.

(٣) الخيارات المتاحة لولي الأمر بما في ذلك حقه في عدم الموافقة على إجراءات التقييم.

وفي حالة الموافقة يتم الانتقال إلى ثانيا. أما في حالة عدم موافقة ولي الأمر على القيام بمزيد من إجراءات التقييم، فعلى المؤسسة التربوية محاولة إقناعه. وفي حال استمرار عدم الموافقة تقوم المؤسسة برفع الموضوع إلى إدارة التربية والتعليم لمحاولة إقناع ولي الأمر. وإذا لم يتم إقناعه بالعدول عن قراره توقف إجراءات إعداد البرنامج ويؤخذ على ولي الأمر إقرار بذلك. أما إذا لم يصل رد من ولي الأمر خلال أسبوعين من تاريخ تبليغه فيعد ذلك إذنا بالموافقة.

(ب) خطوات إعداد البرنامج التربوي الفردي:

الخطوة الأولى: التقييم:

في حالة موافقة ولي الأمر يتم تشكيل فريق لتقييم الأداء الحالي للتلميذ بناءً على طبيعة المشكلة لديه وغالبا ما يضم هذا الفريق كل من: المرشد الطلابي، ومعلم التربية الخاصة، ومعلم الفصل العادي، وولى آمر التلميذ، ومختصين آخرين حسب الحاجة كأخصائي العلاج الطبيعي، آو أخصائي العلاج الوظيفي.

يزود التقييم الأولي للمهارات أساسًا لتخطيط البرنامج المستقبلي، سيعمل الأخصائي مباشرة مع أعضاء الفريق الآخرين لتحديد وتنفيذ تقنيات التقييم الملائمة، يتضمن التقييم ما يلي:

- ✓ ملاحظة الطالب ذي الإعاقة البصرية ، والتي تجري في البيئات الطبيعية التي يتفاعل بها الطالب (البيت، المدرسة،...الخ).
- ✓ تقييم مهارات التواصل والتكيف اللازمة.
- ✓ مقابلة الأهل.
- ✓ تقييم رسمي للمهارات.
- ✓ تقييم طرائق التعلم.
- ✓ التقييم النمائي يتضمن:
  - (١) المهارات الحسية.
  - (٢) الإدراك.
  - (٣) المهارات الحركية (الكبيرة والدقيقة).

ومما هو جدير بالذكر آن التحليل البيئي، تحليل البيئة هو عنصر أساسي من عملية التقييم، يجب أن يتم تقييم البيئات المختلفة التي يتواجد بها الطالب ذي الإعاقة البصرية وذلك لضمان السلامة، وتحديد الحاجة إلى آي تعديلات يمكن أن

تحسن من قدرة الطفل على الحركة وفهم البيئة. وقد صممت أدوات التقييم الشامل بحيث تستخدم من قبل الأخصائي المدرب تدريباً جامعيًا لتحديد المستوى الأدائي الحالي لطالب ما في جميع مجالات حتى يمكن تحديد احتياجاته وادراجها في البرنامج الخاص به.

الخطوة الثانية: كتابة ملخص التقييم:

عند إتمام التقييم وتحليل البيانات يُعد ملخص التقييم ويوقع من جميع الأشخاص الذين اشتركوا في إعداده، ومن خلال هذا الملخص يتم توضيح ما إذا كان التلميذ ذي الإعاقة البصرية تنطبق عليه ضوابط وشروط الحصول على خدمات التربية الخاصة، وفي حالة عدم اتفاق واحد، أو أكثر من أعضاء فريق التقييم على ملخص التقييم، فإنه يتم إيضاح ملاحظاتهم في فقرة منفصلة ضمن التقرير.

الخطوة الثالثة: الاجتماع بولي أمر التلميذ ذي الإعاقة البصرية:

بعد إعداد ملخص التقييم يتم الاتصال بأسرة التلميذ إما هاتفيًا، آو عن طريق إرسال خطاب من آجل مناقشة ملخص التقييم مع تحديد موعد الاجتماع بولي أمر التلميذ ووقته ومكانه، وتوضيح إمكانية اختيار وقت، أو مكان آخر حسب ظروف أسرة التلميذ.

الخطوة الرابعة: اجتماع وضع التخطيط للبرنامج:

في هذا الاجتماع تتم دعوة ولي أمر التلميذ للمشاركة في وضع خطة لتقديم الخدمات المناسبة للتلميذ، ويجب أن يحضر الاجتماع ثلاثة أشخاص على الأقل من أعضاء البرنامج التربوي الفردي مثل أخصائي التوجه والحركة، وولي أمر التلميذ، ومعلم التربية الخاصة، ومعلم التلميذ الحالي، ومدير المدرسة، أو المعهد، والمرشد الطلابي، ويمكن أن ينضم إليهم آخرون حسب احتياج التلميذ ورغبة أسرته، ويتم في هذا

الاجتماع طرح العديد من الأهداف التربوية التي قد تكون ضمن خطة التلميذ التربوية وتتم مناقشتها كخطوة أولى نحو كتابة البرنامج التربوي الفردي النهائي له.

الخطوة الخامسة: مراجعة التخطيط للبرنامج من قبل ولي أمر:

يقوم ولي أمر التلميذ ذي الإعاقة البصرية بمراجعة خطة البرنامج والأهداف الأولية التي يشتمل عليها، فإذا وافق عليها أمكنه الاستمرار في مشاركة أعضاء فريق البرنامج في إعدادها وتطويرها (الخطوة السادسة). أما إذا لم يوافق ولي الأمر على الخطة والأهداف التي تشتمل عليها فيتم حينئذ اتخاذ أحد الخيارين التاليين:

(أ) تقوم المدرسة بالتحدث إلى ولي الأمر لمعرفة وجهة نظره والتعديلات التي يرغب في إجرائها على الخطة لمحاولة الوصول إلى اتفاق.

(ب) في حالة عدم تمكن المدرسة من الوصول إلى اتفاق مع ولي الأمر على البرنامج، يحال اعتراض ولي أمر التلميذ وكذلك البرنامج المقترح للتلميذ ذي الإعاقة البصرية إلى إدارة التربية والتعليم للدراسة واتخاذ القرار المناسب من قبل فريق متخصص ومحايد.

الخطوة السادسة: موافقة ولي أمر التلميذ على البرنامج التربوي الفردي في صورته النهائية، أو رفضه:

بناء على موافقة ولي أمر التلميذ على جميع ما يحتويه البرنامج التربوي الفردي، تتم الموافقة على تنفيذه وتوقيع النماذج الخاصة بذلك، وفي حالة عدم الموافقة على بعض جوانب البرنامج فإنه يطلب إعادة مراجعته للبرنامج.

الخطوة السابعة: تنفيذ البرنامج التربوي الفردي:

يبدأ الأخصائي بتنفيذ البرنامج التربوي الفردي حسب الأهداف التي يشتمل عليها البرنامج التربوي الفردي مع التقييم المستمر لمعرفة مدى فاعلية الأساليب

المستخدمة لتحقيق تلك الأهداف. وفي حالة عدم اقتناع الأسرة بمستوى أداء ابنهم فيمكنهم طلب اجتماع لمراجعة البرنامج وذلك في نهاية الفصل الدراسي الأول.

ثانيًا: المقابلة Interview

يستخدم أخصائي التشخيص المقابلة كوسيلة من وسائل جمع المعلومات والبيانات عندما يشعر بأنه يحتاج إلى مزيد من المعلومات عن الطالب ذي الإعاقة البصرية ليساعد الآخرين (المعلم، أو الأخصائي، أو الوالدين...) على إيجاد حل للمشكلة التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة البصرية، أو يستخدمها حينما يريد أن يتحقق من البيانات التي تتضمنها دراسة الحالة، أو ليناقش مع الطالب ذي الإعاقة البصرية نتائج الاختبارات والمقاييس التي أجريت عليه، أو قد يلجأ إليها باعتبارها وسيلة من وسائل التشخيص والعلاج.

وتتميز المقابلة بأنه يمكن من خلالها الحصول على معلومات يصعب الحصول عليها بوسائل جمع المعلومات الأخرى مثل التعرف على مشاعر الطالب ذي الإعاقة البصرية وأفكاره والتعبيرات غير اللفظية التي تصدر عنه أثناءها كإيماءات الوجه وحركات اليدين.. وغيرها من السلوكيات التي تكون ذات أهمية عند تفسير حالة الطالب ذي الإعاقة البصرية، كما أنها تعد فرصة للتنفيس عما بداخل الطالب ذي الإعاقة البصرية من صراعات وإحباطات ومشاعر مكبوتة.

أنواع المقابلة:

يختلف نوع المقابلة باختلاف عدد المشتركين فيها، وحسب الأسلوب المتبع فيها، والهدف الذي تسعى لتحقيقه، ونوع المشكلة التي تعالجها.. وفيما يلي هذه الأنواع:

أولا: حسب عدد المشتركين في المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) المقابلة الفردية:

وهي تلك المقابلة التي تتم بين أخصائي التشخيص والطالب ذي الإعاقة البصرية فقط، ويستخدم هذا النوع من المقابلات حينما تتطلب حالة الطالب السرية التامة بسبب طبيعة المشكلة التي يعاني منها كالانحرافات السلوكية: مثل: السرقة، أو الكذب، أو العدوان على الذات... وغيرها، أو أن يكون الطالب خجولاً انطوائيًا، وليس لديه القدرة على التحدث أمام الآخرين، ويتيح هذا النوع من المقابلات للأخصائي التعرف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة البصرية بشكل دقيق وواضح.

(٢) المقابلة الجماعية:

وهذا النوع من المقابلات يتم بين أخصائي التشخيص ومجموعة من الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ذوي المشكلات التربوية والنفسية، أو السلوكية المتشابهة إلى حد ما، ويصل عدد المشتركين فيها ما بين (٣ - ١٠) طلاب. وتتيح المقابلة الجماعية لكل فرد من أفراد المجموعة الشعور بالطمأنينة والأمن النفسي والتي تنبع من شعور كل منهم بأنه ليس وحده فقط الذي يعاني من مشكلات، كما أنها تتيح لهم الفرصة لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وتعلم أساليب تواصل جديدة تفتح لهم أبواب جديدة على الحياة.

ثانيًا: حسب الأسلوب المتبع في المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) المقابلة المقننة:

هي ذلك النوع من المقابلات المحددة مسبقًا بأسئلة يجيب عنها الطالب ذي الإعاقة البصرية وتعليمات يتبعها أخصائي التشخيص بكل دقة لا يحيد عنها. والمقابلة المقننة يضمن من خلالها الأخصائي الحصول على إجابات مباشرة ذات صلة بالموضوع المراد مناقشته وبحثه مما يسهل معها عقد المقارنات بين الطلاب ذوي الإعاقة البصرية، كما يمكن إخضاع نتائجها لعدد من الأساليب الإحصائية التي تساعد الأخصائي على

تحليلها ومناقشة تلك النتائج. غير أنها في مقابل ذلك تفوت علينا فرصة الحصول على معلومات يريد الطالب ذي الإعاقة البصرية سردها قد تفيد في الكشف عن العوامل الدينامية والصراعات الداخلية التي تقف وراء مشكلته. هذا إلى جانب أنها تحول دون إقامة علاقات وديّة مع الطالب ذي الإعاقة البصرية. ومن مزايا المقابلة المقيدة ما يلي:

(أ) أنها لا تتطلب شخصًا متمرسًا ليجمع المعلومات المطلوبة. إذ يكفي أن يكون الأخصائي قادرًا على ضمان اكتساب ثقة الفرد ومعاونته.

(ب) تضمن الحصول على إجابات محددة.

(ج) تسمح بمقارنة إجابات الأفراد المختلفين على نفس الأسئلة.

(٢) المقابلة غير المقننة (الحرة):

وهي على العكس من سابقتها إذ أن هذا النوع من المقابلات لا يقيد بنوع محدد من الأسئلة، أو التعليمات، بل يترك فيها الحرية للأخصائي في اختيار نوع الأسئلة التي يوجهها حسب نوع المشكلة التي يتصدى لحلها فهي تتميز بالتلقائية والطلاقة. كما أنها تفسح المجال للطالب ليخرج ما بداخله من مشاعر ورغبات مكبوتة يكشف من خلالها عن صراعاته واحباطاته، وميوله، واستعداداته... وغيرها.

غير أن هذا النوع من المقابلات يتطلب أخصائيًا ذا خبرة متعمقة للكشف عن الديناميات النفسية والصراعات التي يجابهها الطالب ذي الإعاقة البصرية، ذلك أن الأخصائي إذا لم يستطع حل تلك الصراعات والمكبوتات بعد ظهورها إلى حيز الشعور فقد يؤدي ذلك لتعقد المشكلة. و من مزايا المقابلة الحرة:

(أ) تتميز بالتلقائية والحرية.

(ب) تتيح فرصة جمع المعلومات المطلوبة بطريق غير مباشر، دون معرفة الفرد لمدى أهميتها.

(ج) تسير فيها المناقشات بين الفرد والأخصائي سيرا طبيعيًا بتوجيه من الأخصائي.

(د) تسمح بملاحظة تعبيرات الفرد وانفعالاته وعاداته في الكلام وسلوكه.

(د) غير أن هذا النوع من المقابلة يتطلب ومرانًا طويلا وإلا كانت مضيعة للوقت.

ثالثًا: حسب الهدف الذي تسعى إليه المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) المقابلة المبدئية:

تعد المقابلة المبدئية من أهم أنواع المقابلات ذلك أنها أول لقاء منظم يجمع بين أخصائي التشخيص والطالب ذي الإعاقة البصرية، لذا ينبغي أن يبدي الأخصائي علاقة يسودها الدفء والمودة والحب والثقة بينه وبين الطالب ذي الإعاقة البصرية، وذلك لمساعدة الأخير على بناء جسر يستطيع من خلاله تخطي الحاجز النفسي الذي يفصل بينهما إما بسبب الرهبة، أو الخوف، أو لأنها خبرة جديدة لم يمر بها من قبل. ويتم خلالها جمع أكبر قدر من المعلومات عن الطالب للتعرف على المشكلة التي يعاني منها بصورة جزئية وما يصاحبها من أعراض تكشف عن اضطرابه. وفي نهاية هذه المقابلة يتم تحديد مواعيد الجلسات التالية ومدة كل جلسة مع التأكيد على ضرورة المشاركة الفعالة من جانب الطالب حتى يتسنى لأخصائي التشخيص مساعدته.

(٢) المقابلة التشخيصية:

يتم خلال المقابلات التشخيصية التأكد من طبيعة المشكلة - التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة البصرية - والتي سبق تحديدها خلال المقابلة المبدئية، ومحاولة الكشف عن العوامل الدينامية التي تقف وراء ما يعانيه من اضطرابات، وعادة ما يستخدم فيها عدد من المقاييس والاختبارات النفسية التي يتم من خلالها الكشف عن نوع الاضطراب، أو المشكلة، وأحيانًا يلجأ الأخصائي خلال وقت إجرائها إلى عمل دراسة حالة، أو عقد مؤتمر حالة، وذلك بهدف الوقوف على الأسباب الحقيقية وراء ما يعانيه الطالب واستيضاح الجوانب الغامضة، وللتحقق من صدق الفروض التشخيصية التي يضعها.

(٣) المقابلة الإرشادية:

يهدف هذا النوع من المقابلات إلى تنفيذ ما تم تحديده من إجراءات خلال المقابلات التشخيصية وتهدف أيضاً إلى زيادة استبصار الطالب ذي الإعاقة البصرية بذاته وقدراته واكتشاف نواحي القوة في شخصيته.

رابعا: حسب نوع المشكلة التي تعالجها المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) **مقابلة معلومات:** بعض الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ينقصهم معلومات عن جانب معين. و إذا توفرت هذه المعلومات لدى الأخصائي فإنه إما يزودهم بها. أو يتم إحالتهم إلى المتخصصين لسد ذلك النقص.

(٢) **مقابلة لإصدار حكم:** البعض الآخر من الطلاب ذوي الإعاقة البصرية لديه المعلومات الكافية ولكنهم عاجزون عن إصدار الأحكام. أو اتخاذ القرارات المناسبة. وهنا يتم تنمية القدرة على اتخاذ القرار لدى هؤلاء الطلاب.

(٣) **مقابلة لتنمية مهارة من المهارات:** في بعض الحالات نجد البعض الآخر من الطلاب ذوي الإعاقة البصرية لديه المعلومات الكافية. ولديه القدرة على اتخاذ القرارات. ولكن ينقصهم المهارة اللازمة لوضع هذه القرارات موضع التنفيذ. وهنا يتعين على المختص تحديد تلك المهارات لمساعدة هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقة البصرية على تنميتها.

خطوات إجراء المقابلة:

أولا: مرحلة الإعداد:

قبل أن يبدأ أخصائي التشخيص في مقابلة الطالب ذي الإعاقة البصرية يسبق ذلك مرحلة إعداد يقوم خلالها الأخصائي بعدد من الإجراءات لضمان نجاح المقابلات من بدايتها حتى نهايتها ومن بين هذه الإجراءات ما يلي:

(١) الحصول على بعض المعلومات عن الطالب ذي الإعاقة البصرية من خلال ما يتوفر عنه من مصادر جمع المعلومات الأخرى (كالسجلات المجمعة، أو دراسة الحالة..) وغيرها، وما قد تتضمنه تلك المصادر من تقرير شامل عن التاريخ التعليمي للطالب وآراء مُعلميه فيه وميوله واتجاهاته وحياته الأسرية والجوانب الصحية.. إلى غير ذلك من المعلومات.

(٢) تحديد نوع المقابلة الملائمة، وذلك طبقا لنوع المشكلة التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة البصرية وطبقا لنوع المعلومات المطلوبة، وعادة يفضل البدء بالمقابلة الحرة (غير المقيدة) وذلك للحصول على أكبر قدر من المعلومات عن المشكلة التي يعاني منها الطالب.

(٣) يفضل أن يكون موعد المقابلة مناسب لكل من أخصائي التشخيص والطالب ذي الإعاقة البصرية، وذلك بالاتفاق بين الطرفين، ويجب أيضا تحديد الوقت الذي تستغرقه المقابلة حتى يحرص الطلاب على عرض الموضوعات ذات الأهمية قبل انتهاء الوقت المحدد.

(٤) يفضل أن يكون مكان المقابلة بعيدًا عن الضوضاء والمشتتات وأن يكون الأثاث مريح ومنسق والإضاءة مناسبة وألا تكون المقابلة من وراء مكتب حتى لا يشعر الطالب ذي الإعاقة البصرية بانفصاله عن الأخصائي، أو أنه يمثل مصدرًا للسلطة.

(٥) تجهيز الأدوات التي سوف يتم من خلالها تسجيل المقابلة سواء كان ذلك كتابيًا، أو باستخدام أجهزة التسجيل الصوتية، أو المرئية.

ثانيا: مرحلة البدء:

يبدي ذوي الإعاقة البصرية في بداية الجلسات ألوانًا من المقاومة كالصمت والتهرب من الحديث وغير ذلك من أساليب المقاومة، لذلك تهدف تلك المرحلة إلى إزالة التوتر والجمود وتوفير جو متبادل من الثقة، ويتم ذلك وفقا للإجراءات التالية:

(١) تبدأ المقابلة ببعض الأحاديث العادية كتلك التي تدور عادة بين الأشخاص في جلساتهم الاعتيادية، وقد تتناول هذه الأحاديث أحوال الطقس مثلا، أو تدور حول اهتمامات الطالب ذي الإعاقة البصرية وميوله، ثم الاستفسار عن السبب الذي دعاه إلى طلب المساعدة. ويحاول أخصائي التشخيص خلال هذه المرحلة تشجيع الطالب على الكلام والتأكيد على سرية ما سوف يدور بينهما.

(٢) وفي هذه المرحلة يتم بناء جو من الألفة والثقة المتبادلة بين أخصائي التشخيص والطالب ذي الإعاقة البصرية، وذلك بتهيئة الجو النفسي المناسب الذي يشعر خلاله الطالب بالقبول والدفء، ومما لا شك فيه أن نجاح الأخصائي في إقامة علاقة ايجابية مع الطالب في المقابلة الأولية والمقابلات التالية من أهم العوامل التي تقف وراء نجاح المقابلة وتحقيق أهدافها.

(٣) من مهام أخصائي التشخيص في هذه المرحلة أيضًا التعرف على السمات الرئيسة التي تميز شخصية الطالب ذي الإعاقة البصرية وكذلك استعداداته وميوله واتجاهاته..الخ. وذلك بهدف التعامل مع الطالب بشكل فعال.

ثالثا: مرحلة البناء:

يحاول أخصائي التشخيص في مرحلة البناء مساعدة الطالب ذي الإعاقة البصرية على إزالة الصعوبات التي يواجهها، وتعديل سلوكه، وذلك حتى يصبح فردًا سويًا في المجتمع الذي يعيش فيه ومتوافقا مع الظروف المحيطة به، وتتضمن هذه المرحلة عددًا من الإجراءات التي تأخذ شكل تعليمات ينبغي على أخصائي التشخيص إتباعها بدقة أثناء تلك المقابلات، ومن بين هذه الإجراءات ما يلي:

(١) بعد تحقيق الألفة والثقة المتبادلة حاول الاقتراب من المشكلة الرئيسة

(٢) لا تُبْدِ مظاهر الدهشة، أو الصدمة، أو التوتر الانفعالي مما يقوله الطالب ذي الإعاقة البصرية إذ يجب أن تخفي المشاعر الانفعالية المثيرة.

(٣) يجب اختيار الأسئلة المناسبة وبصيغة مناسبة في الوقت المناسب، بحيث يتم توجيهها بطريقة تشعر الطالب ذي الإعاقة البصرية بأهمية الإجابة عنها بصدق.

(٤) يجب ألا تزيد من عدد الأسئلة في الجلسة الواحدة فيؤدي ذلك لتشتت الطالب ذي الإعاقة البصرية، ولا تقلل منها فتبقى جوانب كثيرة يكتنفها الغموض.

(٥) يجب تجنب الأسئلة التي تسخر فيها من الطالب ذي الإعاقة البصرية، أو الأسئلة التي يشعر خلالها بالذنب والإدانة.. وإلى غير ذلك من الأسئلة التي تعوق سير المقابلة.

(٦) يجب تشجيع الطالب ذي الإعاقة البصرية على أن يتحدث بكافة الوسائل ويفضل أن يقتصر كلامك على ما يجعل الطالب ذي الإعاقة البصرية يسترسل في حديثه.

(٧) لا تركز فقط على ما يقوله الطالب ذي الإعاقة البصرية وانما لاحظ سلوكه وحركاته وتعبيرات وجهه وايماءاته ولاحظ أيضًا تناقض أقواله وزلات لسانه.

(٨) ضرورة تسجيل المقابلة وذلك ضمانا للدقة.. ويفضل استخدام استمارة المقابلة التي تحتوي على عناصر المقابلة وتحديد الإجابات المحتملة حتى يمكنك استخدامها للدلالة على إجابة الطالب ذي الإعاقة البصرية.

رابعا: مرحلة الإنهاء:

بعد بدء المقابلة وتحقيق أهدافها تأتي المرحلة الأخيرة للمقابلة وهي مرحلة الإنهاء، أو الإقفال، ويجب أن يكون إنهاء المقابلة متدرجًا وليس فجائيًا والا شعر الطالب ذي الإعاقة البصرية بالرفض والإحباط، لذلك تم وضع ثلاثة أنماط يمكن أن يستخدمها أخصائي التشخيص في إنهاء المقابلة، وهي:

النمط الأول: نمط الإقفال العادي: الذي يتميز بعبارات الود والأسلوب المجامل الذي لا يحمل أي معنى للتجريح.

النمط الثاني: نمط الإقفال للعمل غير المنتهي: والذي يتميز بتأجيل المناقشة حول معلومة طرحت أثناء المقابلة قبل الدخول إلى مرحلة الإقفال بفترة قصيرة ولم تستكمل المناقشة حولها.

النمط الثالث: نمط الإقفال التركيزي: والذي يتميز بالتركيز على معلومة هامة طرحت في المقابلة بهدف تعميق مفهومها في ذهن الطالب ذي الإعاقة البصرية قبل الانتهاء من المقابلة (زهران، ١٩٩٨)

وقد يستشعر الأخصائي أحيانًا أن الطالب ذي الإعاقة البصرية لديه الرغبة في إطالة المقابلة وهذا أمر متروك لحكمة الأخصائي وقدرته على فهم الطالب ذي الإعاقة البصرية ومدى صدقه وحاجته لوقت إضافي.

شروط نجاح المقابلة:

لضمان نجاح المقابلة التي يقوم بها الأخصائي يجب عليه مراعاة عدد من الشروط، والتي من بينها ما يلي:

(١) تحديد الأهداف والحقائق والمعلومات المراد الحصول عليها من المقابلة.

(٢) التأكيد الدائم على سرية البيانات والمعلومات التي يبوح بها.

(٣) ضرورة السعي إلى تكوين علاقات متبادلة مع الطالب ذي الإعاقة البصرية يسودها روح التفاهم، والمودة، والثقة.

(٤) إعداد المكان الملائم بعيدا عن الضوضاء والمشتتات وإتاحة جو من الخصوصية أثناء المقابلة.

(٥) اختيار الوقت الملائم لكل من الأخصائي والطالب ذي الإعاقة البصرية ولا ينبغي تضييع الوقت دون فائدة.

(٦) يفضل في المقابلة المقيدة عمل نموذج للمقابلة يحتوى على مضمونها مع الاستعانة بميزان، أو سلم تقدير لكل مضمون.

(٧) يفضل صياغة الأسئلة في المقابلة الحرة بصورة تشجع الطالب ذي الإعاقة البصرية على الاسترسال في الحديث مع مراعاة البدء بالأسئلة العامة ثم التدرج نحو الأسئلة الخاصة.

(٨) ينبغي البعد عن العوامل الذاتية كالتحيز والأهواء الشخصية وتسجيل المقابلة بكل حياد.

(٩) ضرورة تجنب أسئلة الإدانة والأسئلة الساخرة والأسئلة التي تشعره بالذنب فمثل هذه الأسئلة تفقد الطالب ذي الإعاقة البصرية الثقة بالأخصائي.

(١٠) ينبغي ملاحظة سلوك الطالب ذي الإعاقة البصرية أثناء المقابلة وحركاته التي قد تعبر عن عدم الارتياح.

(١١) ينبغي أن يفطن الأخصائي إلى أساليب المقاومة والسلوك الدفاعي التي قد يبديها الطالب ذي الإعاقة البصرية ويواجهها مواجهة فعالة.

(١٢) ضرورة تحديد المشكلة بكل دقة والتعبير عنها دون استخدام ألفاظ علمية، أو مصطلحات فنية يصعب على الطالب ذي الإعاقة البصرية فهمها.

ثالثا: الملاحظة Observation

تعد الملاحظة واحدة من أهم وسائل جمع المعلومات لدراسة السلوك الإنساني خاصة في المواقف التي يتعذر فيها استخدام أدوات أخرى، أو عندما نريد تسجيل سلوك الفرد في وضعه التلقائي الارتجالي لكي نتعرف على الجانب الحقيقي لشخصيته. وتعد الملاحظة وسيلة مناسبة مع ذوي الإعاقة البصرية.

أنواع الملاحظة:

تنقسم الملاحظة في ضوء عدد من المتغيرات إلى ما يلي:

أولا: في ضوء طبيعة الملاحظة: حيث تنقسم إلى:

(١) الملاحظة المقيدة:

وفيها تكون عملية الملاحظة مقيدة بمجال، أو موقف معين، ومحددة بعدد من البنود المعدة سلفا، وتتم أثناء مزاولة نشاط محدد مسبقا مثل ملاحظة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في مواقف اللعب، أو النشاط الصفي...وغيرها. وهي ملاحظة منظمة تسير وفق خطوات وأهداف محددة، يقوم خلالها أخصائي التشخيص بتسجيل ما يلاحظه مستخدمًا في ذلك عددًا من الأدوات التي تعينه على التسجيل مثل قوائم السلوك، ومقاييس التقدير، وبطاقات الملاحظة، وأجهزة التصوير والمسجلات الصوتية، وأهم ما يتميز به هذا النوع من الملاحظة الدقة والموضوعية.

(٢) الملاحظة الحرة:

هي على خلاف الملاحظة المقيدة، إذ أن الملاحظة الحرة لا تسير وفق بنود محددة وانما تبعا لرغبة الأخصائي، ولذلك فهي تحتاج إلى شخص على مستوى عال من الكفاءة في استخدام هذا النوع من الملاحظات حتى يستطيع القيام بها، وتحليل وتفسير نتائجها.

ثانيًا: في ضوء الزمن المستغرق: حيث تنقسم إلى:

(١) الملاحظة العابرة:

تعرف أيضًا بالملاحظة الطارئة، أو العارضة، أو الصدفية، إذ يتم هذا النوع من الملاحظة بصورة غير مقصودة ودون تحديد مسبق، وهي تسجيل لبعض الجوانب السلوكية الصادرة عن بعض الطلاب ذوي الإعاقة البصرية سواء داخل الفصل، أو في فناء المدرسة... وغيرها. وعادة لا يستخدم فيها التسجيل، وبالتالي فنتائجها غير دقيقة

وسطحية وليس لها قيمة علمية، ولكن بالرغم من ذلك فهي مصدر لإثارة الأفكار والتساؤلات في ذهن الأخصائي.

(٢) الملاحظة الدورية:

يستخدم أخصائي التشخيص هذا النوع من الملاحظة خلال فترات زمنية محددة مسبقا. وتسجل وفقا لتسلسلها الزمني كل صباح، أو كل أسبوع، أو كل شهر...الخ، وذلك مثلما يحدث من سلوكيات تصدر عن بعض الطلاب ذوي الإعاقة البصرية أثناء تناول الطعام، أو اللعب في الملعب.

ثالثا: في ضوء القائم بالملاحظة: حيث تنقسم إلى:

(١) الملاحظة الداخلية:

تلك التي يطلب فيها أخصائي التشخيص من الطالب ذي الإعاقة البصرية أن يقوم بملاحظة نفسه بنفسه، أو ما يطلق عليه (التأمل الباطني)، وذلك لبعض السلوكيات والأفعال والأفكار التي تراوده في مواقف مختلفة يصعب على الأخصائي أن يكون موجودًا معه فيها. وقد تتم وفقًا لبنود محددة يجيب عنها الطالب ذي الإعاقة البصرية، أو قد تكون حرة يطلب فيها أن يسرد ما يلاحظه من سلوكيات، أو أعراض، أو ردود لأفعال تصدر عنه في مواقف بعينها، غير أن هذا النوع من الملاحظة يخضع للذاتية والأهواء الشخصية للطالب، هذا إلى جانب صعوبة استخدامها مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية المصابين بالإعاقة الفكرية، أو ذوي اضطراب التوحد على سبيل المثال.

(٢) الملاحظة الخارجية:

هي التي يقوم فيها أخصائي التشخيص بملاحظة الطالب ذي الإعاقة البصرية، وذلك بتسجيل مظاهر سلوكية معينة تصدر عنه دون التحكم في العوامل التي تؤثر

في هذا السلوك وتتسم الملاحظة الخارجية بأنها أكثر دقة وموضوعية من الملاحظة الداخلية إذا توفر للأخصائي الخبرة اللازمة للقيام بها.

رابعا: في ضوء علاقة أخصائي التشخيص بالطالب ذي الإعاقة البصرية: حيث تنقسم إلى:

(أ) الملاحظة المباشرة:

تعرف أحيانًا الملاحظة المباشرة بالملاحظة بالمشاركة حيث يكون أخصائي التشخيص فيها وجها لوجه أمام الطالب ذي الإعاقة البصرية، أو الطلاب في المواقف ذاتها. وهذا النوع من الملاحظة يستلزم أن يصبح أخصائي التشخيص عضوا في الجماعة التي يقوم بدراستها وأن يخضع لكافة المؤثرات التي تخضع لها. وذلك حتى يألف الطلاب وجوده بينهم لكي يظل سلوكهم بعيدا عن التصنع والمرغوبية الاجتماعية.

ومن طرق قياس السلوك المباشر:

١) تسجيل تكرار السلوك:

هو تسجيل عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة. وعلى الملاحظ أن يحدد طول فترة الملاحظة وتسجيل السلوك مباشرة عند حدوثه. وتستخدم هذه الطريقة عندما يكون الهدف زيادة معدل حدوث سلوك مرغوب به، أو تقليل سلوك غير مرغوب فيه. وتكون غير مناسبة إذا كان السلوك يستمر لفترة طويلة جدا مثل تسجيل عدد المرات التي يمص فيها الطفل إبهامه.

٢) تسجيل مدة حدوث السلوك:

تستخدم هذه الطريقة عندما يكون المعالج، أو المرشد مهتما بمعرفة طول الفترة الزمنية التي يستمر فيها السلوك بالحدوث. وهي طريقة مناسبة لقياس السلوك الذي يحدث كثيرا، أو الذي تتغير مدة حدوثه من وقت لآخر.

وعادة ما يقوم الملاحظ بحساب مدة السلوك وذلك من خلال المعادلة التالية:

نسبة الحدوث = (مدة السلوك ÷ مدة الملاحظة) × ١٠٠.

إن تسجيل مدة حدوث السلوك هي الطريقة المناسبة عندما يكون الهدف معرفة مدة بكاء الطفل عند وضعه في السرير، أو المدة الزمنية التي يقضيها الطالب خارج مقعده، أو المدة التي يقضيها الطالب في تأدية واجبه المدرسي.

مثال: طالب يقضي ساعتين في اليوم لتأدية واجبه المدرسي، ومدة الملاحظة التي استغرقها الملاحظ هي ٤ ساعات فتكون نسبة حدوث السلوك هي: (٢÷ ٤) × ١٠٠ = ٥٠ ٪

٣) تسجيل الفواصل الزمنية:

أي تقسيم فترة الملاحظة الكلية إلى فترات زمنية جزئية متساوية وملاحظة حدوث، أو عدم حدوث السلوك المراد دراسته في كل فترة زمنية جزئية.

كما علينا تحديد الفاصل الزمني المناسب ويعتمد ذلك على تكرار السلوك ومدة حدوثه ومقدرة الملاحظ على ملاحظة وتسجيل السلوك.

فإذا كان السلوك يحدث بشكل متكرر ولمدة قصيرة نستخدم فواصل زمنية قصيرة مثل (الثواني) وإذا كان السلوك لا يحدث بشكل متكرر ولكن يحدث لمدة طويلة فنستخدم فواصل زمنية طويلة مثل (الدقائق)، ومن عيوب هذه الطريقة أنها لا تعطينا صورة واضحة وكاملة عن السلوك المراد دراسته.

٤) تسجيل العينات الزمنية اللحظية:

وهي ملاحظة حدوث، أو عدم حدوث السلوك أثناء عينات زمنية لحظية، ويقوم الملاحظ بتقسيم فترة الملاحظة الكلية إلى فواصل زمنية قصيرة متساوية كما في الطريقة السابقة، والاختلاف بين الطريقتين هو أن الملاحظ يسجل حدوث السلوك، أو عدم حدوثه فقط عند الانتهاء من كل فاصل زمني وليس ملاحظة السلوك باستمرار أثناء كل وحدة زمنية كما في الطريقة السابقة.

نسبة الاتفاق بين الملاحظين:

بما أن الملاحظ إنسان معرض للخطأ والنسيان ويتأثر سلوكه بعوامل عديدة لذا يجب التأكد من أن المعلومات التي يجمعها تتصف بالثبات وذلك من خلال تكليف شخص آخر للقيام بملاحظة السلوك نفسه في فترة الملاحظة نفسها، حيث يتم تحديد نسبة الاتفاق بين الملاحظين من خلال مقارنة المعلومات التي جمعها الملاحظ الأول بالمعومات التي جمعها الملاحظ الثاني.

ويجب التحقق من ثبات المعلومات التي يتم جمعها مرة، أو مرتين في كل مرحلة من مراحل الدراسة، كما أن طريقة حساب نسبة الاتفاق بين الملاحظين تعتمد على طريقة القياس المستخدمة، فإذا كانت طريقة القياس هي تسجيل تكرار السلوك فإننا نجد نسبة الاتفاق بين الملاحظين كما يلي:

نسبة الاتفاق =(العدد الأصغر ÷ العدد الأكبر) × ١٠٠

مثال: إذا أفاد الملاحظ الأول أن السلوك المستهدف حدث ٣٠ مرة خلال فترة الملاحظة بينما أفاد الملاحظ الثاني بأنه حدث ٢٥ مرة فان نسبة الاتفاق بينهما هي:

نسبة الاتفاق =(٢٥ ÷ ٣٠)× ١٠٠ = ٨٣ ٪

أما إذا أراد الباحث نفسه قياس مدة حدوث السلوك فان نسبة الاتفاق بين الملاحظين تحسب على النحو التالي:

نسبة الاتفاق = (المدة الأقصر ÷ المدة الأطول) × ١٠٠

مثال: إذا أفاد الملاحظ الأول أن مدة حدوث السلوك استغرقت ١٢ دقيقة وأفاد الملاحظة الثاني أن مدة السلوك استغرقت ١٥ دقيقة فتكون نسبة الاتفاق بينهما على النحو التالي: نسبة الاتفاق = (١٢ ÷ ١٥) × ١٠٠ = ٨٠ ٪

أما بالنسبة لتسجيل الفواصل الزمنية والعينات الزمنية اللحظية فان نسبة الاتفاق بين الملاحظين تحسب على النحو التالي:

نسبة الاتفاق = (عدد المرات التي اتفقوا فيها ÷ عدد المرات التي اتفقوا فيها + عدد المرات التي اختلفوا فيها) × ١٠٠

مصادر الخطأ في الملاحظة المباشرة:

ترجع مصادر الخطأ في الملاحظة عند الكثير من الباحثين إلى الأسباب التالية:

١) **رد الفعل:**

ويقصد به أن الشخص المراد قياس سلوكه سيكون له ردود فعل مختلفة في حال وجود أشخاص يلاحظون سلوكه عنه في حالة عدم وجود ملاحظين لسلوكه، ويتأثر رد الفعل بالعوامل التالية:

أ. درجة تقبل السلوك: إذا عرف الشخص بأن سلوكه مراقب من قبل شخص آخر فانه سيزيد من درجة تقبل ذلك السلوك على نحو يكون مقبولاً اجتماعيًا ويقلل من السلوك غير المقبول به اجتماعيًا.

ب. خصائص الشخص الملاحظ: إن الأطفال لا يتأثرون بوجود ملاحظين إلى الدرجة نفسها التي يتأثر بها الراشدون وكذلك فان الأفراد الواثقين من أنفسهم والذين لا يتأثرون بوجود أشخاص آخرين حولهم أقل تأثرًا بالملاحظة المباشرة من الأشخاص الذين لا يملكون تلك الصفات.

ج. درجة وضوح الملاحظة: تشير الدراسات أنه كلما كانت الملاحظة أكثر وضوحًا فان حدوث رد الفعل لدى الشخص الملاحظ تكون أكثر.

د. خصائص الشخص الملاحِظ: إن خصائص الشخص الملاحِظ قد تزيد من رد الفعل لدى الشخص الملاحَظ، فالعمر والجنس والمظهر وأسلوب التعامل وكيفية الدخول إلى مكان الملاحظة كلها عوامل تؤثر على رد فعل الشخص، لذا يجب على الملاحِظ إخفاء هويته بمعنى أن لا تكون الملاحظة اقتحامية.

٢) نزعة الملاحظ نحو تغيير التعريفات الأصلية:

إن نزعة الملاحظين نحو تغيير التعريف الأصلي للسلوك قد تؤدي بهم إلى الإقلال، أو الإكثار من التزامهم بالمعايير التي يحتكمون إليها عند تسجيل حدوث، أو عدم حدوث السلوك، مما يؤثر على صدق المعلومات لذا لا بد من تدريب الملاحظين قبل البدء بجمع المعلومات عن السلوك المستهدف وتعريفهم بالسلوك تعريفا موضوعيا وبطرق الملاحظة المستخدمة.

٣) درجة تعقيد نظام الملاحظة:

تعتمد درجة صعوبة، أو سهولة نظام الملاحظة المستخدم على عوامل عديدة منها عدد الأشخاص الذين ستتم ملاحظتهم، وعدد السلوكيات التي ستلاحظ، ومدة الملاحظة وغيرها، وكلما كان نظام الملاحظة أكثر تعقيداً كلما كانت المعلومات أقل صدقية، لذلك ينصح بتقليل عدد السلوكيات المطلوب ملاحظتها وتعريف السلوك المستهدف وتقصير مدة الملاحظة.

٤) توقعات الملاحظ والتغذية الراجعة:

تشير الدراسات إلى أن الشخص الذي يبحث عن التغيير في السلوك أكثر قابلية لإيجاده من الشخص الذي ليس لديه توقعات معينة.

فإذا توقع الملاحظ أن التعزيز الايجابي سيعمل على زيادة السلوك فان هذا التوقع قد يؤثر في نوعية المعلومات التي يجمعها، كذلك فالتغذية الراجعة تلعب دوراً مهماً بالنسبة للأشخاص الذين يقومون بالملاحظة.

والمبدأ العام هو عدم الإفصاح للملاحظين عن أهداف الدراسة، أو النتائج المتوقعة من المعالجة وعدم مناقشة طبيعة التغيرات الحاصلة في السلوك أثناء الدراسة.

(٢) الملاحظة غير المباشرة:

تعرف أحيانا بالملاحظة "بدون المشاركة"، وفيها تحدث عملية الملاحظة من جانب أخصائي التشخيص دون اتصال بينه وبين الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ودون أن يدركوا أنهم موضع ملاحظة، ويتم ذلك أثناء قيامهم بنشاط معين ولتسجيلها يستخدم الأخصائي أدوات وأجهزة مختلفة كالتصوير الضوئي والتصوير السينمائي، أو المسجلات الصوتية، وعادة ما يتم ذلك من خلال غرفة معدة لذلك يلحق بها مرآة أحادية الاتجاه وذلك حتى لا يشعر الطلاب بأنهم موضع ملاحظة فيعدلوا من سلوكهم، وحتى يكون سلوكهم تلقائيا غير مصطنع.

خطوات ملاحظة سلوك الطفل استعدادا لتعديله:

تشمل ملاحظة وتحليل السلوك تحديد طبيعة المشكلة السلوكية: تحديد المعالج ماهية السلوك الذي يريد تعديله بدرجة مقبولة من الدقة حيثيتعين عليه تحديد ووصف خمسة أجزاء، أو عناصر تشكل معا مقومات فهمه، أو إدراكه للسلوك المطلوب للطفل:

(١) العوامل المكونة للسلوك:

وتتمثلفي كافة المنبهات والعوامل البيئية التي تثير لدى الطفل السلوك غير المرغوب ولايتوقف تحديد هذه المثيرات السلوكية على العوامل الخارجية فقط بل يجب أن تشمل أيعامل ذاتي لدى الطفل كحاجة نفسية، أو خاصية جسمية قد تساهم في إنتاج سلوكهاالسلبي.

(٢) الحالة البيولوجية:

وتشمل عوامل كحالةالطفل الجسمية وما يعتريها من عاهات وعلل وقدراته العقلية العامة واستقراره العاطفي، أو النفسي تساعد معرفة هذه العوامل المعالج على

تغيير البيئة المحيطة بالطفل بالصيغالمفيدة لتصحيح الحالة البيولوجية والاستجابة لمتطلباتها.

(٣) الإجابة السلوكية العامة:

يعين المعالج نوع الإجابات الحركية واللفظيةالتي تمثل دائما سلوك الطفل كالصراخ مثلا وهذه الإجابات السلوكية إما أن تكونتقليدية الاشراط كما في طريقة بافلوف وواطسن، أو فعالية الاشراط كما في طريقة سكنر فإذا كان صراخ الطفل تقليدي الاشراط عندئذ قد تكون عوامل البيئة ومنبهاتها السببالرئيس في حدوثه حيث يتم تحديدها والعمل على إزالتها لتصحيح السلوك، أو حذفها.

(٤) معززات السلوك:

يلاحظ المعالج هنا نوعمعززات السلوك عند الطفل سواء هذه ذاتية، أو خارجية سلبية، أو ايجابية يفيد هذا التحديد على ضبط أنواع المعززات ودرجة قوتها التي تؤثر في السلوك عند إجراء التعديل.

(٥) العلاقة المحتملة بين الإجابة والتعزيز:

يعينالمعالج بالملاحظة والوصف الاستجابات التي يبديها الطفل نتيجة توفر معزز، أو منبه محدد وهذا يوصل بالطبع إلى تحديد نوع المعزز وقوته من إنتاج السلوك للمساعدة فيبناء جداول التعزيز اللازمة لتنفيذ عملية تعديل السلوك.

العوامل التي تؤثر على الملاحظة:

لقد أورد كل من مراد وسليمان (٢٠٠٢، ٢٨٩ - ٢٩٠) أهم العوامل التي تؤثر في عملية الملاحظة على النحو التالي:

(١) **الحواس:** تعتمد دقة الملاحظة على حدة الحواس المستخدمة في الملاحظة. فالشخص الذي يتمتع بحواس سليمة يمكنه أن يلاحظ العديد من المثيرات.

وتتأثر الحواس بالظروف النفسية (الانفعالات)، أو الجسمية (كبر السن وضعف السمع)، أو البيئة ؛ مما يؤثر على قدرة الفرد على الملاحظة.

(٢) **الانتباه**: وهو يتضمن تهيؤ عقلي واهتمام وتركيز ويعد شرطا من شروط الملاحظة الجيدة، والانتباه قد يكون إراديًا مقصودًا، أو لاإرادي نتيجة لشدة بعض المثيرات الخارجية.

(٣) **الإدراك الحسي**: وهو يعنى الربط بين ما يشعر به الفرد في الموقف الراهن وما لديه من خبرات سابقة لكي يعطى للإحساس معنى، والإدراك الحسي قد يكون بسيطا، أو معقدا أي قد يستخدم فيه عضو واحد من أعضاء الحس، أو أكثر، والإدراك عرضة للتشوهات (التحريفات - التزييفات) بسبب الحالة العقلية، أو الانفعالية، أو الجسمية.

(٤) **التصور الذهني (التخيل)**:التخيل هو تصور ذهني لأشياء لا نستطيع إدراكها مباشرة بناء على فروض (حلول محتملة للمشكلة) وكذلك بناء على نظرات وضعت لتفسر ما يحدث، هذا التصور يوحي للباحث إمكانية الوصول لحل الموقف المشكل.

تدريب القائمين على الملاحظة:

إن استخدام الملاحظة كأداة قياس تتطلب من الشخص إن يتدرب بصورة جيدة على مهارات إجراء الملاحظة بدقة. وهناك عدد من الخطوات التي يفترض أن يتدرب عليها الشخص الذي يقوم بالملاحظة والتي تتضمن الخطوات الرئيسة التالية:

(١) ابدأ عملية التدريب بوصف نظرية و أغراض الدراسة. فالنظرية تزود الملاحظين بهدف الدراسة ومن ثم بالدافع إلى إجادة الملاحظة. كما تشرح السبب الذي من أجله تم إعداد جدول الملاحظة. وتمكن المشرف على الدراسة من التفاهم مع الملاحظين على طبيعة العمليات التي تلاحظ وظروف الملاحظة.

(٢) من المفيد أن تقوم في بداية الأمر بالملاحظة دون استخدام جدول دقيق للملاحظة في موقف يشبه الموقف الفعلي للدراسة ثم تتعرف على أكبر قدر مستطاع من السلوك المهم المطلوب.

(٣) ناقش بعد ذلك جدول الملاحظة بدقة نقطة بعد أخرى.

(٤) حاول تطبيق جدول الملاحظة. ويحسن أن تتم هذه المحاولة مع جماعة بحيث تمثل الأدوار السلوكية التي سوف تتم ملاحظتها فعلا.

(٥) ناقش نتائج هذه المحاولة التدريبية مع زملائك. أو الملاحظين تحت التدريب. وقد تؤدى ملاحظتهم في هذه المرحلة إلى مراجعة و تحسين جدول الملاحظة.

(٦) من المفيد أن تقوم بتجربة على جماعة تشبه الجماعة التي سوف تقوم بملاحظتها فعلا. فيمكن بذلك توحيد إجراءات التعارف.

إرشادات للملاحظ:

قد يحدث أن يزيف الفرد الاستجابات الواردة في التقرير الذاتي الذي يطلب فيه من الفرد أن يلاحظ نفسه ويصدر حكما لملاحظته هذه. وكذلك قد يزيف الفرد سلوكه عند وجود ملاحظ مما يوقعه في أخطاء هو في غنى عنها:

(١) فقد تلاحظ سلوكا لا علاقة له بالسمة المرغوب في ملاحظتها. أو قد تلاحظ سلوكا هامشيا. وعليك أن تقرر فيما إذا كان السلوك الملاحظة هامشيا. أو أساسيا.

(٢) قد يشعر الفرد أحيانًا بأن الملاحظ يتدخل في خصوصياته.

(٣) ملاحظة السلوك لفترة زمنية قصيرة نسبيا في وضع غير طبيعي و تأثر الملاحظ بالفكرة السابقة عن السلوك الملاحظ. أو ما نسميه بأثر الهالة قد يوقع الملاحظ في الخطأ. ولذلك فإنه يمكن للملاحظ إتباع الإرشادات التالية للتقليل من أثر الأخطاء المحتملة.

- تحديد السمات، أو الخصائص التي يتطلبها البحث.
- ملاحظة السلوكيات ذات العلاقة بالسمة التي يحددها الباحث.
- التركيز على ملاحظة عدد محدود من أنماط السلوك في وحدة الزمن التي يصطلح عليها الباحث، أو تفرضها ظروف البحث و خصائص العينة.
- محاولة القيام بالملاحظة دون معرفة الفرد بأنه ملاحظ من قبل الباحث.
- ملاحظة أكبر قدر من السلوكيات المرتبطة بالسمة الملاحظة وذلك بالقيام بالملاحظة على فترات لمدة طويلة نسبيا.
- التسجيل الفوري للملاحظات حتى لا تتعرض للنسيان ؛ وبالتالي حدوث التحيز و التلفيق
- عدم ملاحظة تفسير الملاحظ للسلوك مباشرة بل عليه أن يسجل الملاحظات كما هي وليس ما تعنيه بالنسبة للباحث (ملحم ٢٠٠٢، ١٤٥- ١٤٧).

أدوات الملاحظة:

لابد للملاحظ في حالة تدوين ملاحظاته حول الطفل – أيًا كان هذا الطفل - من أن يستخدم لغة وصفية دقيقة و صحيحة لتسجيل الملاحظات من خلال قوائم التقدير (قوائم المراجعة) وكذلك سلالم التقدير (مقاييس التقدير)، و السجلات القصصية.

والتقدير في اللغة قد يعني التقييم، إلا أنه من الناحية العملية يختلف عنه، فهو "تحديد للصفة، أو الخاصية بطريقة الحدس، أو الظن، أو الانطباع الذي يتكون لدى الإنسان وهو أقل موضوعية ودقة من التقييم"، وأدوات التقدير أقدم من أدوات القياس.

وتستعمل أدوات التقدير لجمع ملاحظات عن أداء معين مثل الغناء، أو التمثيل، أو النشاط الرياضي، أو الرسوم و الكتابة كما يستخدم التقدير في مجال تكيف الطفل في رياض الأطفال لأننا لا نستطيع أن نخضعهم لاختبار كتابي في هذه المجالات.

ومن بين أدوات الملاحظة التي يمكن الإشارة إليها ما يلي:

أولا: قوائم المراجعة، أو التقدير:

قائمة التقدير هي قائمة تحتوي على كلمات، أو عبارات، أو جمل تصف خاصية معينة، أو أداء معينا، أو إنتاج منتجات الأطفال. ويسمى بعض المختصين قائمة التقدير بقائمة التدقيق، أو المراجعة، أو الجرد لأنها تستعمل لهذه الأغراض. إن قوائم المراجعة تمكننا من تحديد السلوك بسرعة وفاعلية عند حدوثه ولكنها لا تسمح للملاحظ بتقدير درجة، أو تكرار حدوث سلوك معين. وعندما يكون هذا الأمر مرغوبا فيه، فإنه يجب استخدام وسيلة أخرى مثل مقاييس التقدير، أو السجلات القصصية. وإذا أمكن بناء قوائم المراجعة بعناية فإنها تساعد على:

(١) حصر انتباه الملاحظ في الخصائص الموجودة بالقائمة.

(٢) مقارنة الأطفال بعضهم ببعض بالنسبة لمجموعة من الخصائص.

(٣) توفير أداة بسيطة لجمع الملاحظات.

ويفضل استخدام قوائم المراجعة بصفة عامة عند الاهتمام بتحديد، أو غياب خصائص معينة. وعند استخدام قوائم المراجعة يجب مراعاة ما يلي:

(١) تحديد السلوك المراد ملاحظته بوضوح.

(٢) ملاحظة طفل واحد في نفس الوقت.

(٣) تركيز الانتباه على النقاط (أو الخصائص) المحددة بالقائمة.

(٤) تخصيص قائمة لكل طفل، وعند الرغبة في الحصول على معلومات مهمة عن جميع الأطفال في الفصل فإنه يمكن تجميع الملاحظات عن الأفراد في قائمة موسعة تشمل الفصل كاملاً.

(٥) إتباع التعليمات الموجودة بالقائمة بدقة.

مثال لقوائم المراجعة، أو قوائم التقدير: قائمة النظافة الشخصية لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بمرحلة الروضة:

أسم الطفل:.......................................

أسم المعلمة:.......................................

تاريخ تسجيل الملاحظات:.......................

ضعي علامة (✓) أمام الخاصية التي تنطبق على الطفل وعلامة (X) أمام الخاصية التي لا تنطبق عليه:

م	العلامة	الخصائص	ملاحظات
١		الشعر منسق	
٢		اليدان نظيفتان	
٣		الوجه نظيف	
٤		الأنف نظيف	
٥		الأسنان نظيفة	
٦		عيناه نظيفتان	
٧		أذناه نظيفتان	
٨		أضافره مقلمة	
٩		الملابس نظيفة	

ويمكن للمربية أن تصوغ القائمة السابقة وأن تضيف إليها، أو تحذف منها حسب الحاجة، أو حسب ما يحصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، وقد تحولها المربية إلى قائمة ممارسة العادات الصحية الحميدة مثل غسل الآيدي قبل الأكل، وتفريش الأسنان، وغسل الأيدي بعد الخروج من المرحاض. ويتم ذلك بتحويل العبارات من جمل اسمية إلى جمل فعلية فتصبح يمشط شعره بدلا من شعر مرتب، يغسل يديه قبل الأكل و بعده،بدلا من يدين نظيفتين.... الخ.

وبعد الانتهاء من عملية وضع الإشارات تخبر المربية الطفل وذويه ان عليهم الاهتمام بنظافة كذا ثم تحفظ القائمة في ملف الطفل وتعود إلى تطبيق نسخ أخرى من القائمة أسبوعياً، أو شهريا وبتكرار استعمال القائمة وحفظها في الملف تستطيع المربية أن تقارن القوائم معا، وذلك لكي تحدد مدى التقدم. أو التحسن الذي طرأ على نظافة الطفل وكذلك يمكن الرجوع إليها عند التحدث مع أحد الوالدين. أو كليهما فتستند إلى أسس موضوعية في حديثها وهذا أفضل من الاعتماد على الذاكرة ومن خلال استخدام قائمة التقدير يمكن للمعلمة بواسطتها أن تكتشف أهم المشكلات التي يعاني منها أطفال الروضة.

فإذا اكتشفت مثلا أن أسنان ٧٠٪ من الأطفال ليست نظيفة فهذا يعني أن هناك مشكلة يمكن أن تتحدث عنها في ندوة للأمهات المعنيات. وكذلك بإمكانها وضع أنشطة يمكن من خلالها أن يمارس الأطفال تنظيف الأسنان بعد تناول الأطفال طعامهم. وكذلك يمكن للمعلمة وضع درجة. أو علامة النظافة بناء على هذه القائمة ولتأليف قائمة التقدير الخاصة بأداء عمل ما نقترح إتباع الخطوات الخمس التالية:

الخطوة الأولى: تجزيء العمل إلى أفعال منفصلة مرغوبة. أو صحيحة.

الخطوة الثانية: تحديد هذه الأفعال بوضوح (بحيث يمكن قياسها و ملاحظتها).

الخطوة الثالثة: أن يضاف إلى الأفعال الصحيحة أفعالا خاطئة يمكن أن يقوم بها الطالب ذي الإعاقة البصرية.

الخطوة الرابعة: ترتيب الأفعال المرغوبة. أو الصحيحة و الأخطاء المحتملة في تتابع طبيعي.

الخطوة الخامسة: إذا كان هناك سلوك لم يوصف. أو فعل لم يكتب في القائمة وحدث من الطفل فانه يجب تسجيله في مكانه بالقائمة (الكناني وجابر. ١٩٩٥. ٨٠-٨٤)

ثانيًا: سلالم التقدير Rating Scale

تختلف قوائم المراجعة، أو الشطب – التي تحدثنا عنها آنفا - عن سلالم التقدير في أن الأخيرة تحتاج إلى حكم أدق لأن كل فقرة تخضع لتدرج من عدة فئات، أو مستويات يمثل أحد طرفيه انعدام وجود الصفة التي نقدرها، أو وجود مقدار ضئيل منها. كما يمثل الطرف الآخر تمام، أو كمال وجودها. وما بين الطرفين يمثل درجات متفاوتة من وجودها كلما اتجهنا من الطرف الصفري إلى طرف التمام و الكمال. وهنا يتبع المقدرون طرقا مختلفة تؤدى إلى استخدام عدة أنواع من سلالم، أو مقاييس التقدير لعل من أهمها:

(١) سلم التقدير العددي، أو الرقمي Numerical Rating Scale

يستعمل لتقدير مدى وجود صفة ما لدى جماعة من الأشخاص في الوقت نفسه و السلم هنا عبارة عن قائمة تحمل أسماء الطلاب ذوي الإعاقة البصرية مرتبة ترتيبًا عموديًا في الهامش. وفي أعلى سطر في الصفحة يوجد مستويات مختلفة من الصفة مدرجة من ١- ٥، أو حتى عشرة وعند الاستعمال يبين المقدر تقديره لمدى وجود الصفة عند الشخص بوضع دائرة، أو مربع حول رقم من سلسلة الأرقام الموجودة أمام اسمه.

مثال: سلم لتقدير سلوك الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بالصف الثالث الابتدائي. ظلل المربع الذي تعتقد أنه يمثل سلوك التلاميذ علمًا بأن جودة سلوك التلاميذ تزداد بازدياد الرقم المظلل:

أسم التلميذ	مستويات ودرجات السلوك									
خالد	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
سوسن	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
رضا	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

تامر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
مني	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
هدي	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

(٢) سلم التقدير الرقمي الوصفي:

وفي هذا النوع من سلالم التقدير يوجد أعداد تمثل درجات متفاوتة من الخاصية المقدرة كما يوجد وصف يوجه المقدر. فإذا أردنا أن نقدر سمة الميل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية على سبيل المثال، فإننا يجب أن نصف هذه السمة بعدة خصائص تعبر عن تصرفات وسلوكيات الطفل في المواقف الاجتماعية، وذلك على النحو التالي:

م	المواقف	١	٢	٣	٤	٥
١	يميل إلى مشاركة زملائه في الفصل أنشطتهم					
٢	يلعب بمفرده في المنزل					
٣	يميل إلى اللعب الجماعي بالنادي					
٤	في المتنزهات يشارك الأطفال الآخرين لعبهم					

(٣) سلم التقدير البياني اللفظي: ScaleGraphic Rating

وفي هذا النوع من سلالم التقدير يذكر الأداء، أو الصفات في عمود بهامش الصفحة، ثم يوضع أمامها أعمدة تمثل درجات متفاوتة من الأداء، أو الصفة. ويقوم المقدر بملاحظة سلوك التلميذ أثناء النشاط ووضع إشارات في الأعمدة مبينا درجة انطباق الصفة على هذا التلميذ. والمثال التالي لتقدير السلوك العدواني لدى الأطفال المكفوفين في المرحلة الابتدائية.

م	العبارات	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا
١	يميل إلى ضرب الأولاد الأصغر منه سنًا، أو حجمًا.			
٢	عندما يغضب يرمي أي حاجة أمامه.			
٣	يخرج لسانه لمن يغضب بطريقة تضايقه.			
٤	لا يطيع كلام المدرس في الفصل لكي يستفزه.			

(٤) سلم التقدير البياني الوصفي

في هذا السلم نستعمل أوصافا محددة تبين وجود مقادير مختلفة من الصفة، أو الأداء. وهو أكثر دقة من سابقه، إذا تحتوي الاستجابات على عبارات تدل على درجات مختلفة من الصفة، أو الأداء. ومثال ذلك السلم التقديري التالي لمدي متابعة تلميذ يعاني من ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ما مدي مواظبته ؟	كثير	أحيانًا	يتأخر فقط	لا يغيب
ما مدي مساهمته في المناقشات الصفية ؟	لا يساهم مطلقًا	يساهم أقل من غيره	يساهم أكثر من غيره	يستأثر بوقت الحصة
ما مدي التزامه في الفصل	غير ملتزم على الإطلاق	ملتزم إلى حد ما	ملتزم كبقية زملائه	أكثر طلاب الفصل التزاما

(٥) سلم التقدير البياني الوصفي العددي:

وهذا النوع من مقاييس، أو سلالم التقدير تختلف بنوده عن بنود السلم السابق في أنه توجد أعداد فوق درجات السلم الفرعي، أو البند. ومثال ذلك

المبادأة	١	٢	٣	٤
	ينفذ فقط زمام المبادأة	أحيانًا يأخذ زمام المبادأة	نادرا ما يأخذ زمام المبادأة	يأخذ زمام المبادأة
الاجتهاد	١	٢	٣	٤
	نادرا ما يعمل تحت ضغط	بحاجة إلى ضغط مستمر	يحتاج أحيانًا إلى الضغط	يبادر بإنهاء ما عليه فورًا
الدافعية	١	٢	٣	٤
	لا دافعية لديه	لديه دافعية أحيانًا	لديه دافعية عادة	لديه دافعية عالية

عيوب مقاييس التقدير:

لا تخلو مقاييس التقدير من بعض العيوب والنقائص مثلها في هذا مثل أية أداة من أدوات جمع البيانات والمعلومات لقد أوضح كل من أبو لبدة (١٩٨٢، ٥٢- ٥٤). والكناني. وجابر (١٩٩٥، ٨٨- ٨٩) مصادر الخطأ في مقاييس التقدير في النقاط التالية:

(١) **غموض التقديرات نفسها**: فقد تعنى غالبا عند البعض ٩٠٪ وعند البعض الآخر ٧٠٪.

(٢) **غموض معاني السمات، أو الخصائص التي تقدر**: مما يؤدي إلى إعطاء تقديرات خاطئة لأن المقدر أعطى الخاصية معنى مخالفا.

(٣) **اختلاف تقديرات المقدرين:** فعينة السلوك التي تشاهدها معلمة محبوبة، أو قوية الشخصية غير التي تشاهدها معلمة ضعيفة الشخصية.

(٤) **أثر الهالة:** ان الفكرة التي تحملها المعلمة، أو المعلم عن الطفل سواء كانت جيدة أم رديئة تؤدى إلى أخطاء في التقدير، فإذا كانت جيدة فانه سيحابي لاشعوريا في تقديره وإذا كانت سيئة فقد يتجنى عليه في ذلك.

(٥) **خطأ التساهل:** بعض المعلمات يميلن إلى تقدير الأطفال على أنهم فوق المتوسط، أو ممتازون، وهم يفعلون ذلك خشية أن يطلب منهم تفسير تقديراتهم إذا أفادوا بأن الطفل سيء، أو ضعيف في تلك السمة، وربما يفعلون ذلك طلبا لرضا الناظرة، أو أولياء الأمور.

(٦) **خطأ النزعة المركزية، أو التقديرات الوسطى:**تميل بعض المعلمات إلى استعمال وسط السلم دائما بدلا من طرفيه، وذلك لنفورهن من إصدار تقديرات متطرفة، أو إيمانا منهن بأن خير الأمور الوسط مما يجعل تقديراتهن وسطية دائما.

(٧) **خطأ في التقارب، أو المجاورة:** تميل المعلمة إلى تحديد الصفات على البنود، أو العبارات المتجاورة تحديدا متقاربا، فإذا حددت الصفة على بند على أنها متوسطة فإنها تحدد الصفة التي تأتي في البند التالي على أن قريبة من الوسط لدى هذا الطفل.

(٨) **قد يميل المعلم إلى تقدير الأطفال على أنهم نسخة مضادة منها:** فإذا كان دقيقا في مواعيده قدر غيره أنه أقل دقة منه في المواعيد.

(٩) **الخطأ المنطقي:** وهو يرجع إلى ارتباط السمات ببعضها ببعض، مثل ارتباط الذكاء و التحصيل، فإذا قامت المعلمة بتقدير ذكاء الطفل، فإنها تُعطى نفس التقدير لتحصيله.

تحسين أساليب التقدير:

وحتى نقلل من العيوب السابقة وحتى نطور في أساليب وإجراءات التقدير ينبغي أن نقوم بما يلي:

(١) اختيار المقدرين الذين يكونون على احتكاك مباشر مع الأشخاص الذين يجرى تقديرهم حيث يطلب منهم إعطاء التقديرات عن الصفات التي أتيحت لهم الفرص لمشاهدتها.

(٢) تزويد المقدرين بالإرشادات اللازمة وبفرص التدريب وملاحظة الأفراد الذين سيقومون بتقديرهم بعد التدريب مباشرة.

(٣) عند تعدد المقدرين تضاف التقديرات بعضها إلى بعض حتى نحصل على تقديرات أكثر ثباتا عن الفرد الذي تم تقييم وتقدير سلوكه (أبو زينة، ١٩٩٢).

خطوات إجراء الملاحظة:

يمكن تحديد خطوات إجراء الملاحظة في ثلاث خطوات رئيسة تنطوي على خطوات فرعية، وذلك على النحو التالي:

أولا: مرحلة الإعداد

(١) تحديد السلوك المراد ملاحظته، وهنا يتعين على أخصائي التشخيص أن يغطي قطاعات عدة من سلوك الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في مواقف متعددة وأوقات ومناسبات مختلفة ولذلك لا بد من ملاحظته في مواقف مختلفة مع زملائهم وفي حجرة الفصل ومع مدرسيهم وأثناء اللعب وأثناء عمليات التفاعل الاجتماعي، أو مع إخوتهم، أو أخواتهم بإشراك والديهم في عملية الملاحظة.

(٢) تجهيز المكان المناسب الذي سوف تتم فيه الملاحظة وتحديده سواء كان الفصل الدراسي، أو فناء المدرسة، أو يتم ذلك في غرفة معدة خصيصا لذلك تعرف

"بغرفة الملاحظة" وهي إما أن تكون غرفة ذات قباب تمكن أخصائي التشخيص من الملاحظة من أعلى، أو غرف بها حاجب رؤية من جانب واحد.

(٣) تحديد الزمن الذي سوف يتم أثناءه الملاحظة ويجب أن يكون كافيا لإجرائها.

(٤) تجهيز أدوات التسجيل كآلات التصوير الضوئي والسينمائي والدوائر التليفزيونية المغلقة، أو المسجلات الصوتية. ومن الأدوات المستخدمة أيضًا بطاقات الملاحظة وقوائم السلوك ومقاييس التقدير.

ثانيا: مرحلة التنفيذ

عملية الملاحظة: يتم خلال تلك المرحلة ملاحظة السلوك موضع الدراسة، وأخصائي التشخيص إما أن يلاحظ طالب واحد في موقف واحد، أو قد يضطر لملاحظة أكثر من طالب في موقف ما، وهنا يتعين على الأخصائي في الحالة الثانية أن يستعين بعدد من الأخصائيين لمساعدته في التسجيل، أو يستخدم أجهزة التسجيل المختلفة حتى لا يغفل أيا من السلوك الملاحظ وذلك ضمانا للدقة والموضوعية.

تسجيل الملاحظة: هناك من الأخصائيين من يسجل السلوك الملاحظ فور ملاحظته، بينما يؤجل البعض الآخر التسجيل إلى ما بعد انتهاء الموقف، أو الحادثة ولكنهم يكونوا عرضة لنسيان بعض التفاصيل ذات الأهمية في موضوع الملاحظة لذا يفضل التسجيل الفوري للسلوك موضع الملاحظة.

ثالثا: مرحلة الإنهاء

تنظيم البيانات:

عقب الانتهاء من عملية الملاحظة تأتي المرحلة النهائية والتي تتعلق بتنسيق المعلومات والبيانات التي تم الحصول عليها، والواقع أنه يتعين على أخصائي التشخيص

أن يقوم بتفسير جوانب السلوك الملاحظ وأن يعتمد في ذلك أيضا على وسائل جمع المعلومات الأخرى. وأن يبدي رأيه فيما يجب أن يتخذ من إجراءات.

كتابة التقرير النهائي:

وفي النهاية يسجل الملاحظ رأيه فيما تمت ملاحظته ويكتب توصياته بضرورة إحداث التعديل المطلوب في السلوك غير المرغوب فيه.

شروط نجاح عملية الملاحظة:

يتعين على أخصائي التشخيص عند استخدامه لأسلوب الملاحظة كوسيلة لجمع المعلومات والبيانات عن الطلاب ذوي الإعاقة البصرية. أن يراعي عددا من الشروط التي ينبغي إتباعها بدقة حتى تؤتي عملية الملاحظة ثمارها. وهذه الشروط هي:

(١) ينبغي تحديد الأهداف الرئيسة المراد تحقيقها من عملية الملاحظة.

(٢) يجب تحديد الجوانب السلوكية موضع الملاحظة بكل دقة وتعريفها إجرائيا.

(٣) ينبغي تحديد الطريقة الملائمة التي يمكن استخدامها في ملاحظة الجوانب السلوكية التي تم تحديدها.

(٤) يجب تحديد المكان والزمان المناسبين لإجراء الملاحظة.

(٥) ينبغي تحديد المواقف التي تظهر فيها الجوانب السلوكية المراد ملاحظتها. فإذا أراد أخصائي التشخيص دراسة السلوك العدواني لدى طالب ما يجب أن تتم ملاحظته داخل الفصل الدراسي وفي الفناء الدراسي وأثناء ممارسة الأنشطة المدرسية المختلفة.. وهكذا.

(٦) يفضل الاستعانة بأكثر من أخصائي نفسي وخاصة إذا كانت الملاحظة تشمل عدد من الطلاب ذوي الإعاقة البصرية وذلك لضمان الدقة والموضوعية والشمول.

(٧) ينبغي أن يتحرر أخصائي التشخيص من أهوائه الشخصية والعوامل الذاتية عند تسجيل الملاحظة وتفسيرها.

(٨) يفضل أن تتم عملية الملاحظة دون أن يشعر الطالب ذي الإعاقة البصرية بأنه موضع ملاحظة من جانب الآخرين حتى تأتي تصرفاته بصورة تلقائية غير مصطنعة.

(٩) ينبغي أن يقوم أخصائي التشخيص بتسجيل الملاحظات فور حدوثها حتى لا يتعرض لنسيان نقاط لها قيمتها في تفسير وتحليل السلوك الملاحظ.

رابعًا: دراسة الحالة: Case Study

تعد دراسة الحالة في حال مقارنتها بالسجل المجمع أكثر تفصيلاً من السجل المجمع، وذلك لأن المعلومات المتضمنة بها أكثر شمولية من المعلومات الموجودة بالسجلات المجمعة حيث أنها تتضمن تفسيرات وتوضيحات وتقارير متابعة. فدراسة الحالة تعد تحليلاً عميقًا وشاملاً للحالة التي يقوم أخصائي التشخيص بدراستها، وهي بذلك تتضمن تفسيرا لشخصية الطالب ذي الإعاقة البصرية وللمشكلة التي يعاني منها، ويستطيع أخصائي التشخيص من خلال جمعه للبيانات والمعلومات الخاصة بالفرد وبيئته التي عاش فيها في الماضي والتي يعيش فيها في الحاضر أن يقدم صورة متكاملة عن ذلك الطالب ذي الإعاقة البصرية، تفسر نموه وتطوره والعوامل التي أثرت عليه، كما توضح مشكلته الحالية والقوى المؤثرة عليها واتجاهاته نحوها.

وترجع أهمية دراسة الحالة في كونها تساعد أخصائي التشخيص على تلخيص أكبر قدر من المعلومات المتراكمة عن ألطالب ذي الإعاقة البصرية بهدف تفسير وفهم أبعاد شخصيته وأسلوب حياته وخصائصه السلوكية، وكذلك تحديد الملامح التي يقوم بناء عليها أخصائي التشخيص بتحديد الاستراتيجيات الإرشادية

المناسبة التي سوف يتبعها في معالجة مشكلة الطالب ذي الإعاقة البصرية من أجل الوصول به إلى تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي. وهذا ما يجعل دراسة الحالة في مقدمة الأساليب التشخيصية التي تقدر وتقوم سلوك الفرد ليس فقط في الإرشاد النفسي ولكن في العديد من العلوم الإنسانية والسلوكية الأخرى.

مراحل دراسة الحالة:

تمر دراسة الحالة بثلاث مراحل رئيسة على النحو التالي:

أولا: مرحلة الإعداد:

تتضمن هذه المرحلة ثلاث خطوات أساسية هي:

الخطوة الأولى: وهي الحالة التي يتم فيها تحديد الطالب ذي الإعاقة البصرية الذي سوف تتم دراسة حالته.

الخطوة الثانية: وهي تتعلق بجمع المعلومات والبيانات عن الطالب ذي الإعاقة البصرية من واحد، أو أكثر من المصادر المختلفة سواء كانت بتطبيق الاختبارات النفسية والعقلية والسلوكية والحركية.. وغيرها من المقاييس، أو من خلال المقابلة مع الطالب، أو عن طريق الملاحظة المتنوعة، أو بالإطلاع على السجل التراكمي للطالب، أو دراسة سيرته الذاتية، أو غير ذلك من المصادر التي تفيد في الحصول على المعلومات ذات الأهمية في حياة الطالب.

الخطوة الثالثة: وهي تلك التي تتعلق بتنظيم المعلومات التي تم الحصول عليها، وعادة ما يكون ذلك من خلال نموذج معد مسبقاً لتدوين تلك المعلومات، وعلى الرغم من تعدد النماذج المستخدمة لتسجيل المعلومات المستقاة من دراسة الحالة إلا أنها تتفق فيما بينها على خطوط رئيسة تشكل في النهاية الإطار العام لتنظيم تلك المعلومات.

ويجب على أخصائي التشخيص أن يراعي عدة اعتبارات مهمة عند تسجيل المعلومات المتعلقة بدراسة الحالة حتى تحقق ممارستها أعلى قدر من العائد المستثمر منها، وقد عرض ماهر عمر(١٩٩٩) لهذه الاعتبارات التي يمكن أن تدعم مهارة دراسة الحالة حتى تمارس بأعلى درجة من الكفاءة:

(١) ضرورة تجنب استخدام ضمير المتكلم وضمير المخاطب عند تسجيل المعلومات المتعلقة بدراسة الحالة، واستبدالها بضمير الغائب ليدل على كل من أخصائي التشخيص والطالب ذي الإعاقة البصرية.

(٢) عدم استخدام الجمل الطويلة والصياغة الإنشائية التي قد تسبب اضطرابًا لمن يقرأ تقرير دراسة الحالة نتيجة للتشتت في المعنى المقصود منها.

(٣) تجنب تسجيل مشاعر أخصائي التشخيص وأحاسيسه وظنونه حول الطالب ذي الإعاقة البصرية وحول مشكلته على زعم أنها حقائق توصل إليها من المعلومات المتاحة بين يديه ويجب الإشارة دائما إلى أن ما يسجل عن الطالب ذي الإعاقة البصرية وعن مشكلته مستمد من تلك المعلومات.

(٤) عدم تسجيل البدائل والخيارات المتاحة للطالب على أنها أحكام إلزامية تجبره على قبولها، وليكن التسجيل في صورة عرض للبدائل والخيارات دون الالتزام بها.

(٥) ينبغي على أخصائي التشخيص عدم التنبؤ بما سيكون عليه الطالب ذي الإعاقة البصرية بناء على معلومات تخص طالب آخر ويجب أن يكون التنبؤ بناء على المعلومات التي تخص الطالب ذي الإعاقة البصرية الذي تسجل دراسة حالته.

ثانيا: مرحلة التنفيذ:

تتضمن مرحلة التنفيذ خطوتين مهمتين يمكن الإشارة إليهما على النحو التالي:

الخطوة الأولى: تتضمن تشخيص حالة الطالب ذي الإعاقة البصرية وذلك من خلال الربط بين العوامل، أو الأسباب والأعراض بما يساعد على تفهم المشكلة ويتم ذلك

عن طريق تحليل وتفسير المعلومات التي تم الحصول عليها وذلك بدراسة كل مجموعة من المعلومات التي تشكل دراسة الحالة، ويتم تفسير هذه المعلومات في ضوء النظريات والاتجاهات والاستراتيجيات الإرشادية المختلفة والتي تتفق وطبيعة المشكلة حتى يستطيع أخصائي التشخيص وضع تصور متكامل يعكس شخصية الطالب ذي الإعاقة البصرية بكل جوانبها.

الخطوة الثانية: وهذه الخطوة تتضمن تحديد الاستراتيجيات الإرشادية التي سوف يتبعها الأخصائي في معالجة المشكلة بتحديد أفضل الطرق لمواجهتها.

ثالثا: مرحلة الإنهاء:

في هذه المرحلة تتم كتابة التقرير الختامي عن حالة الطالب ذي الإعاقة البصرية والذي يضم تلخيصًا للمعلومات التي تم جمعها وطريقة تنظيمها وتحليلها وتفسيرها، ولتوضيح المشكلة والأسباب التي تقف وراءها والأعراض الدالة عليها والطرق الإرشادية المناسبة لمواجهتها، ويصبح ذلك التقرير مستنداً، ويضم لملف الطالب ذي الإعاقة البصرية للرجوع إليه وقت الحاجة وما إلى ذلك على أن يراعي أخصائي التشخيص أهمية الاحتفاظ بهذا التقرير بمكان آمن حتى لا يطلع عليه أحد نظرًا لسرية ما به من معلومات تخص الطالب وحده.

شروط نجاح دراسة الحالة:

لكي تحقق دراسة الحالة الأهداف المرجوة منها ينبغي على أخصائي التشخيص مراعاة عدد من الشروط، هي:

(١) يجب عدم إغفال التعبيرات غير اللفظية للطالب عند عرضه لمشكلته.

(٢) ينبغي أن تكون المعلومات التي يحصل عليها أخصائي التشخيص مكتملة الجوانب ومنظمة وواضحة.

(٣) ينبغي أن يتم تسجيل المشكلات الأساسية للطالب بشكل واضح وكذلك المشكلات التي قد تتفرع منها نتيجة لها.

(٤) يجب على أخصائي التشخيص ألا يخوض في تفصيلات دقيقة لا لزوم لها، وذلك حتى لا يتشتت وتكون دراسة الحالة على هذا النحو تضييعًا لوقته وجهده بدون فائدة.

(٥) ينبغي على أخصائي التشخيص عدم تسجيل المعلومات الخاصة بالطالب ذي الإعاقة البصرية بمعزل عن مشاركته، أو مراعاة لمشاعره وانفعالاته واتجاهاته وتصوراته حول نفسه وحول مشكلته وإلا أصبحت معلومات جوفاء لا يرجى منها أي نفع.

(٦) ينبغي على أخصائي التشخيص عند تحديد الجوانب ذات الأهمية في حياة الطالب ذي الإعاقة البصرية اللجوء إلى أكثر من مصدر حتى تتصف المعلومات بالصدق والثبات.

الفصل الرابع

التشخيص الطبي للإعاقة البصرية

الفصل الرابع
التشخيص الطبي للإعاقة البصرية

مقدمة

إن التشخيص والتدخل المبكر يعد ذو أهمية خاصة مع ذوي الإعاقة البصرية. ويعد اكتشاف الحالات الحادة والشديدة من الإعاقة البصرية أمرا ظاهرا للعيان وقد لا يستلزم جهدا كبيرا في تشخيصها. غير أن الحالات البسيطة والمتوسطة هي التي تحتاج إلى إجراءات وترتيبات خاصة لتشخيصها بدقة.

ويعد اكتشاف عيوب البصر ومشكلاته مسئولية الأسرة ومعلمات رياض الأطفال وأخصائيي العيون بالمدرسة، حيث أنهم يلعبون جميعا دورا حيويا في عمليتي الملاحظة والمتابعة الدقيقة لحالات الأطفال الذين يعانون من مشكلات في إبصارهم: فكثيرا من هذه الحالات التي يتم التدخل فيها مبكرًا يمكن أن تجنب صاحبها كثيرا من المشكلات التي تترتب على إصابته بدرجة ما من الإعاقة البصرية. ففي بعض الحالات يمكن إجراء العمليات المبكرة، أو تدريب عضلات العين، أو وضع عدسات، أو نظارات طبية تساعد على الرؤية بشكل طبيعي. هذا إلى جانب تهيئة الظروف والمواقف التي من شأنها ضمان المحافظة على بقايا الإبصار التي يتمتع بها الطفل ضعيف البصر، وتجنبه ما قد يعرض عينيه لمشكلات أكثر سوءا.

لذلك فمن الأهمية بمكان فحص عيني الطفل مرتين على الأقل مرة بعد ثلاثة شهور من الولادة، ومرة قبل دخول المدرسة: هذا بالطبع في الأحوال العادية التي لا يوجد بعيني الطفل مرض ملحوظ حيث يجب على الأبوين استشارة الطبيب في الحال فقد تبدو عينا الطفل طبيعيتان في رأي أبويه، ولكن قد يؤيد فحص الطبيب رأيهما

فيزيدهما اطمئنانًا، أو قد يكشف عن أحد عيوب الانكسار، أو درجة صغيرة من الحول، أو غير ذلك من أمراض العين التي لا يمكن للأبوين ملاحظتها، أو اكتشافها، وبذلك يسهل العلاج ويظهر الطفل، أو الأفراد ذوو المشكلات البصرية أعراضًا تدلل بطريقة ما على صعوبة في القدرة على الإبصار، مقارنة مع الطفل، أو الفرد العادي الذي لا يعاني من مشكلات بصرية.

والفصل التالي يتناول عملية قياس وتشخيص الإعاقة البصرية من خلال محورين رئيسيين هما:

الأول: بعض المؤشرات البصرية غير المطمئنة والدالة على وجود عيوب ومشكلات بالعينين.

الثاني: مجالات وأدوات قياس الإبصار. ويتناول هذا المحور الثاني أربعة موضوعات فرعية تندرج تحته، وهي الموضوعات الشائعة التناول في الكتابات ذات الصلة بالمعوقين بصريًا. وتلك الموضوعات هي:

(١) قياس حدة الإبصار.

(٢) قياس مجال الرؤية.

(٣) قياس وتشخيص الحول.

(٤) قياس وتشخيص عمى الألوان.

المحور الأول: بعض المؤشرات البصرية غير المطمئنة والدالة على وجود عيوب ومشكلات بالعينين:

إن الآباء والأمهات، وأيضًا المعلمين؛ إضافة إلى طبيب العيون الزائر للمدارس، غالبًا ما يكون لهؤلاء جميعًا أدوارًا مهمة في التعرف المبكر على الإعاقة البصرية، وذلك من خلال الملاحظة اليومية من قبل الوالدين لأعين أطفالهم، وكذلك من خلال عمليات المتابعة والملاحظة الدقيقة داخل أرجاء المدرسة لحالات الأطفال. ومن بين

الدلائل والمؤشرات التي تكشف عن احتمال وجود مشكلات، أو اضطرابات بصرية لدى الطفل، ويتعين على الوالدين والمعلمين ملاحظتها في سلوك الأطفال، ما أشار إليه كل من أبو مغلي، وسلامة (٢٠٠٢، ص ص ١٣٠- ١٣١)؛ خضير والببلاوي (٢٠٠٤، ص ص ١٢٨ - ١٢٩)؛ القريطي (٢٠٠٥، ص ص ٣٦١ - ٣٦٢)؛ المعايطة، والقمش والبواليز (٢٠٠، ص ص ٧٧ - ٧٨) من أعراض وشكاوى يظهرها الأطفال ذوو المشكلات البصرية؛ وذلك على النحو التالي:

أولاً: الأعراض الظاهرية المرتبطة بالشكل الخارجي لعين الطفل وتتمثل في:

(١) احمرار العين المستمر.

(٢) ظهور دمامل في العين.

(٣) وجود جحوظ في العينين.

(٤) انتفاخ الجفون والتهابها.

(٥) إفراز الدموع بكميات كبيرة.

(٦) ظهور عيوب واضحة كالحول.

(٧) نزول إفرازات بيضاء من العين.

(٨) ارتخاء في الجفن وضمور في العين.

(٩) الذبذبة السريعة والمتكررة لأهداب العين.

(١٠) الحركة السريعة لمقلة العين (تذبذب المقلتين).

ثانيًا: أعراض سلوكية مرتبطة بقيام الطفل بكل من:

(١) تحاشي الضوء، أو طلب المزيد منه.

(٢) حملقة العين أثناء النظر إلى شيء ما.

(٣) فرك العينين، ودعكهما بصورة مستمرة.

(٤) صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.

(٥) الجلوس بطريقة غير سليمة عند القراءة.

(٦) عدم قدرة الطفل على مسك الأشياء التي تقدم له مباشرة.

(٧) تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين.

(٨) عدم إتقان الألعاب التي تتطلب تآزر حركة العين مع حركة اليد.

(٩) صعوبة التنسيق بين حركة العين واليد (التآزر البصري والحركي).

(١٠) تجنب الواجبات التي تتطلب من العين التعامل مع الأشياء عن قرب.

(١١) كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة خاصة فيما يتعلق بالحروف المتشابهة.

(١٢) كثرة التعرض للسقوط، أو الاصطدام بالأشياء التي تعترض طريق الطفل.

(١٣) الحذر الشديد عند نزول الدرج والخوف من الجري بحرية وانطلاق وأثناء الحركة والمشي وذلك لصعوبة تقدير المسافات.

(١٤) إغلاق العينين، أو إحداهما بصفة مستمرة عند إمالة الرأس إلى الأمام، أو إلى الجنب.

(١٥) المعاناة من صعوبات في القراءة عند القيام بأي وظيفة تتطلب استخدام العين عن قرب.

(١٦) سرعة الشعور بالإجهاد والتعب أثناء القراءة والكتابة والأعمال التي تتطلب تركيزا بصريًا.

ثالثا: شكوى الطفل بشكل مستمر مما يلي:

(١) رؤية الأشياء بشكل مزدوج.

(٢) الإحساس بحرقان في العين.

(٣) الشعور بالدوار بعد القراءة، أو الكتابة.

(٤) عدم القدرة على التمييز البصري بين الأشياء.

(٥) الإحساس بوجود رمل، أو شيء خشن في العين.

(٦) الشكوى من صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة.

(٧) كثرة الشكوى من عدم وضوح ما هو مكتوب على السبورة.

(٨) الشكوى من صداع عقب أداء أي عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب.

(٩) الشكوى من رؤية الأشياء كما لو كانت ملبدة بالغيوم، أو الضباب.

وتقترح الأكاديمية الأمريكية لطب العيون American Academy of Ophthalmology (2001) أن يسير فحص العينين وفقا لجدول زمني محدد يلتزم به الأشخاص دون أي تأخير لأي سبب كان، وذلك على النحو التالي:

(١) من الميلاد إلى الشهر الثالث من عمر الوليد وذلك كنوع من المسح لأي أمراض يمكن أن تصيب عينيه.

(٢) من الشهر السادس إلى نهاية العام الأول من عمر الطفل.

(٣) في حوالي الثالثة من عمر الطفل، ثم في حوالي الخامسة.

(٤) مرة واحدة في العام على الأقل من سن السادسة وحتى سن التاسعة عشر من العمر.

(٥) مرة واحدة في العام على الأقل من سن العشرين إلى سن التاسعة والثلاثين.

(٦) مرة واحدة على الأقل ما بين كل عامين إلى أربعة أعوام بدءا من سن الأربعين إلى سن الرابعة والستين؛ حتى وإن لم تكن هناك أية مشكلات تتعلق بالإبصار.

(٧) مرة واحدة على الأقل ما بين كل عام إلى عامين بداية من سن الخامسة والستين.

(٨) مرة واحدة سنويا على الأقل لأي فرد يحتمل أن يصاب بأي اضطراب في العينين؛ لأي سبب من الأسباب.

ويذكر عبد الله (٢٠٠٤، ص ص ٧٧ ـ ٧٨) أن هناك أسبابًا عديدة تدفع إلى ضرورة إجراء فحوص دورية للعينين حتى يمكن أن نتفادى أية مخاطر تظهر، أو يحتمل ظهورها، كما يمكن أن نتعامل مع هذه المخاطر قبل أن تتطور ويستفحل أمرها. ومن هذه الأسباب ما يلي:

(١) وجود تأخر نمائي لدى الطفل.

(٢) الولادة المبتسرة.

(٣) وجود تاريخ أسري لأمراض العيون كالجلوكوما مثلاً.

(٤) حدوث أية إصابات سابقة بالعين.

(٥) تعاطي أدوية معينة يمكن أن يكون لها تأثير على العين.

(٦) الإصابة بأمراض معينة كالبول السكري Diabetes على سبيل المثال.

ومما لا شك فيه أن هناك نتائج معينة يمكن أن تترتب على مثل هذه الفحوص الطبية للعينين، والتي يجريها طبيب العيون لأي فرد، ومن بين هذه النتائج ما يلي:

(١) التعرف على حدة الإبصار ومجال الرؤية بالنسبة للفرد.

(٢) الاكتشاف المبكر لأي تطور غير طبيعي تتعرض له العينان.

(٣) استخدام وسائل معينة لتصحيح الإبصار كالعدسات اللاصقة، أو النظارات الطبية.

(٤) استخدام أدوية معينة للتغلب على أي خلل بسيط في أي جزء من الأجزاء الأربعة للعين.

(٥) التدخل الجراحي إذا لزم الأمر.

(٦) التعرف على بعض المؤشرات المبدئية المبكرة الدالة على بعض هذه الإضطرابات عند الأطفال: حتى يمكن التعامل معها في وقت مبكر.

وهكذا ينبغي على أولياء الأمور والمعلمين بعد ملاحظة أي من الأعراض سالفة الذكر على الطفل إحالته إلى المختصين لفحص بصره بشكل دقيق لإجراء

الفحوص الطبية واتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات كالجراحة، أو وصف بعض العقاقير، أو النظارة الطبية.

المحور الثاني: مجالات وأدوات قياس الإبصار:

سبقت الإشارة إلى أن هذا المحور الثاني سوف يتناول أربعة موضوعات فرعية تندرج تحته وأنها الموضوعات الشائعة التناول في هذا الكتابات ذات الصلة بالمعوقين بصريًا وهذه الموضوعات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

أولاً: أدوات قياس حدة الإبصار:

بادئ ذي بدء يتعين القول أن المقصود بمصطلح حدة الإبصار هو: قوة الإبصار، ومدي وضوحه. وتقاس بقدرة العين على رؤية الأجسام المرئية بكامل تفاصيلها مقارنة بقدرة العين السليمة، أو هي قدرة الفرد على رؤية الأشياء وتمييز خصائصها بدقة. ولذلك فهي مقياس لقدرة الفرد على الرؤية جيدًا.

لقد اتفق عالميًا على قياس حدة الإبصار بواسطة علامات معينة، رسمت بطريقة علمية خاصة بناء على حقائق بصرية وفسيولوجية، وأكثر هذه العلامات رواجا عند أطباء العيون هي المرسومة على شكل حلقات ناقصة الاستدارة. وهذه اللوحات مرسومة على لوحة مضاءة اتفق عليها عالميا، على أن يجلس الشخص المراد قياس حدة إبصاره على بعد ستة أمتار منها؛ ولذا فالبسط دائما يكتب "٦"(أو المسافة بين الشخص والعلامات)، أما المقام فيرمز إلى المسافة التي يمكن لعين طبيعية أن ترى علامة معينة على بعد معين: فمثلاً: العين الطبيعية ترى أكبر العلامات على بعد ٦٠ مترًا فإذا لم ترى هذه العلامات إلا وأنت على بعد ستة أمتار؛ فدرجة إبصارك ٦/٦٠ ولا يمكن اختصار هذا الرقم إلى ١/١٠ نظر مثلا. وإذا رأيت ٦/٦ فأنت ترى أصغر العلامات التي تراها العين الطبيعية على ذات البعد.

وقد يستطيع الشخص أن يرى علامة على بعد ستة أمتار من لوحة العلامات، بينما لا تستطيع العين الطبيعية أن تراها إلا على بعد خمسة أمتار فقط فبصر هذا الشخص هنا ٦/٥، وقد لا يستطيع الشخص رؤية العلامة التي تراها العين الطبيعية على بعد تسعة أمتار.. فالبصر ٦/٩ ولا يمكن اختصار الرقم إلى ٢/٣ مثلا..

وقد تستخدم وحدة القدم بدل المتر للقياس والنسبة:

القياس البريطاني British Notation	القياس الأمريكي American Notation	القياس الأوروبي Europe Notation
٦/٦	٢٠/٢٠	١
٦/٩	٢٠/٣٠	،٧
٦/١٢	٢٠/٤٠	،٥
٦/١٨	٢٠/٦٠	،٣
٦/٦٠	٢٠/٢٠٠	،١

ومما تجدر الإشارة إليه، عند الحديث عن قياس حدة البصر؛ أن الكتابات الأجنبية حين تتناول اختبارات التعرف على القدرة البصرية ـ وبوجه خاص لدى الأطفال الصغار ـ تصنف تلك الاختبارات إلى ثلاثة أنواع منها:

(١) القدرة على الملاحظة لدى الطفل في حدها الأدنى:

ومن اختباراتها: اختبار المئات والآلاف، والحلوى الفضية، والمتشابهات، والمكعبات، واختبار الكرات المتدحرجة.

(٢) اختبارات كل عين على حدة في صورها البسيطة.

ومن أدواتها لوحات سنيلين (التقليدية والمطورة، واختبارات الحروف، واختبار اللعبة. واختبارات الحروف: إعداد كل من شيريدانو جاردنير، ولوحات حرف "E"

للأطفال الذين لا يقرؤون، واختبارات الصور الظلية Silhouettes واختبار البند Stycar Band test

- **الاختبارات الكيفية** Qualitative test

وهي نوعية من الاختبارات تركز على ملاحظة الطفل أثناء اللعب، والتعرف على الأشخاص، والتعرف على الأشياء من قبيل التعرف على لعب من أحجام متدرجة واختبارات الصور والأشكال في أحجامها الطبيعية والأصلية، وفي أحجامها الصغيرة جدا، أو المنمنمة والأشكال ذات الزخارف والألوان، والملاحظات المبنية على استجابات الطفل أثناء مشاهدته للتلفاز، وأخيرا الملاحظات التي تتعلق بتأثيرات المسافة والإضاءة والتناقض والألوان (Hall & Kelly, [illegible]).

وبطبيعة الحال فإننا لن نعرض لجميع هذه الاختبارات حيث لا يتسع المقام لها، وإنما سيكتفي المؤلف بعرض بعض هذه الأنواع كأمثلة عليها وليس حصرا لها.

ويعد قياس حدة الإبصار منذ مرحلة الطفولة أمرا على قدر كبير من الأهمية، وذلك للتعرف المبكر على أي اختلال في الوظائف البصرية يمكن أن تتعرض له عيني الطفل والعمل بالتالي على تصحيح هذا الاختلال منذ بدايات ظهوره. وفي مجال قياس حدة الإبصار هناك العديد من المقاييس التي صممت خصيصا لذلك، وتشير الكتابات العلمية المتخصصة إلى تلك المقاييس على النحو التالي:

١- **لوحة سنيلين** Snellen Chart:

على الرغم من تعدد الاختبارات والمقاييس التي تقيس حدة الإبصار إلا أن لوحة سنيلين تعد الأوسع انتشارا والتفضيلا بين الكثير من أطباء العيون، وهي تتكون من قائمة صفوف من الحروف الهجائية الإنجليزية E متدرجة الحجم من أعلى إلى أسفل.

ويعبر عن حدة الإبصار في صورة كسر اعتيادي يمثل قيمة البسط فيه المسافة بالأقدام بين المفحوص واللوحة، ويمثل قيمة المقام البعد بالأقدام الذي يمكن



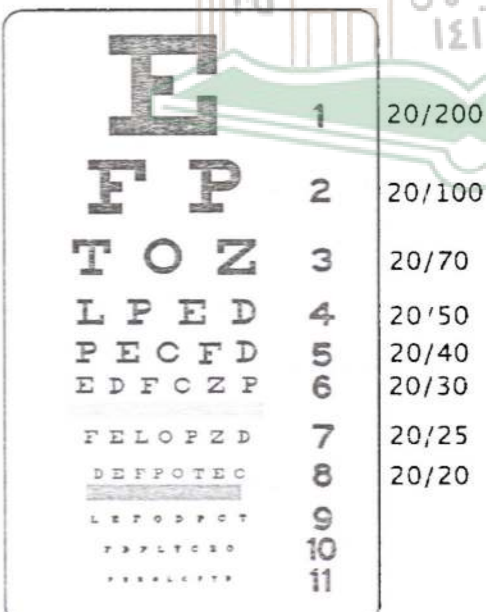
للشخص المفحوص أن يرى الحرف، أو العلامة عنده. والمعتاد أن يقف المفحوص بدايةً على مسافة عشرين قدمًا (حوالي ستة أمتار) من اللوحة وتفحص عين واحدة، ثم العينين معًا، فإذا تمكن المفحوص في النوع الأول ـ من قراءة الحروف، أو تحديد اتجاه أرجل الحرف "E" في النوع الثاني، في السطر المطابق لهذه المسافة، تكون حدة ابصاره المركزية أي رؤيته للمسافات البعيدة تساوي $\frac{20}{20}$ قدمًا، أو $\frac{6}{6}$ متر. ويعني ذلك أن هذا الشخص يستطيع أن يرى من على بعد عشرين قدمًا، ما يستطيع أن يراه الشخص المبصر العادي من على البعد نفسه أما إذا استطاع – وهو يقف على بعد عشرين قدمًا من اللوحة – أن يقرأ، أو يرى الحروف التي يراها الشخص المبصر العادي على بعد خمسة عشر قدمًا ؛ فإن حدة إبصاره المركزية تكون في هذه الحالة $\frac{20}{15}$ قدمًا، وهي درجة إبصار أعلى من المتوسط العام. وإذا لم يستطيع أن يقرأ، أو يميز اتجاه الحروف إلا في الصف المقابل لسبعين قدمًا (أي ما يراه الشخص المبصر العادي على بعد سبعين قدمًا تكون حدة إبصاره $\frac{20}{70}$ قدمًا، ويعد في هذه الحال شخص معوق بصريًا ؛ مما يستوجب إحالته لطبيب العيون الذي يقوم بإجراء فحص

دقيق على عيني الطفل. وذلك لتحديد درجة ونوع الإعاقة البصرية وأسبابها. واحتمالات تطورها؛ وبالإضافة إلى طبيب العيون. فإنه يتم تحويل الطفل إلى كل من أخصائي نفسي لتحديد مدى تأثير هذه الإصابة على الذكاء. وكذلك أخصائي اللغة والكلام: لتحديد مدى تأثيرها على التواصل.

وعلى الرغم من انتشار لوحة سنيلين على نطاق واسع. إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين على أنها تقتصر على مجرد قياس الحدة العامة

للإبصار بالنسبة للأشياء من مسافات بعيدة ومن نقطة مركزية. والكشف عن قصر النظر. ومن ثم فهي لا تصلح للتنبؤ بمقدرة الطفل على قراءة المواد المطبوعة التي تستلزم الرؤية من مسافات قريبة. كما إنها لا تفيد في الكشف عن بعض المشكلات البصرية الأخرى كطول النظر والحول اللابؤرية. ولقد قام لونفيلد بوضع جدول يوضح العلاقة بين قياسات لوحة سنيلين لحدة الإبصار للمسافات وبين النسبة المئوية للكفاءة البصرية.

٢- لوحة سنيلين المطوَّرة:



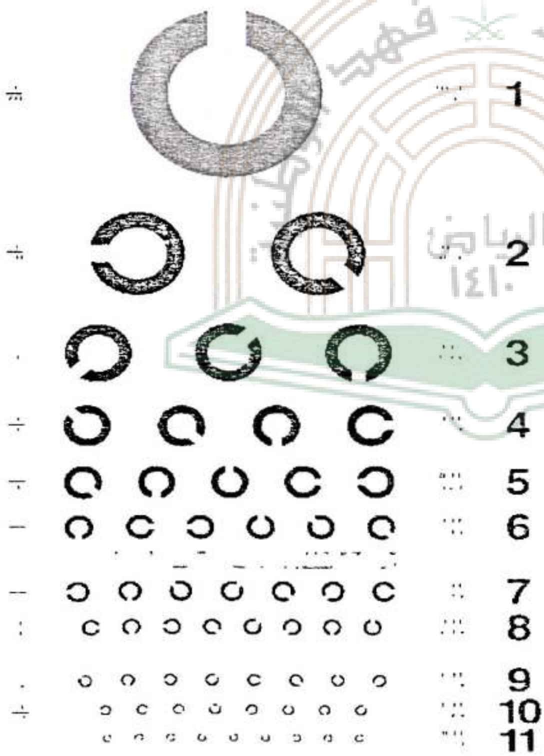
لا تختلف لوحة سنيلين المطورة اختلافا كبيرا عن لوحة سنيلين" في شكلها التقليدي المعتاد. وكل ما في لأمر أن اللوحة المطورة استخدمت فيها أحرفا هجائية بدلا من استخدام حرف "E".

وتتكون لوحة سنيلين المطورة من قائمة صفوف. أو سطور من الحروف الهجائية متدرجة الحجم من أعلى إلى أسفل: حيث تبدو الحروف في

أعلى القائمة كبيرة، وتأخذ في الصغر تدريجيا حتى تنتهي إلى أقل حجم ممكن في أسفلها.

٣- لوحة لاندول Landolt Chart:

وهي نسبة إلى طبيب العيون الفرنسي (إدموند لاندول Edmund Landolt (١٨٤٦-١٩٢٦). ويمكن القول أن لوحة "لاندول" تشبه إلى حد ما لوحة "سنيلين" من حيث الطريقة التي تتم بها عملية تقدير وتقييم حدة الإبصار، بيد أنه في لوحة "لاندول" يستخدم فيها الحرف الهجائي الأجنبي (C) ويتم تنويع الطريقة التي يوضع بها هذا الحرف، فإما أن تتجه فتحة الحرف إلى أعلى، أو إلى أسفل، أو إلى اليمين، أو إلى اليسار.



ويطلق البعض على لوحة "لاندول" دوائر لاندول Landolt circles على اعتبار أن الحرف (C) يمثل مجموعة من الدوائر بها ثغرات متفاوتة في الحجم.

وفي هذه الطريقة يقف الشخص على بعد ٦ أمتار، فإذا لم يستطع تمييز الحرف الكبير (السطر الأول) نقربه من اللوحة على بعد ٥ أمتار، أما إذا لم يتمكن من رؤيتها نقربه ٤ أمتار وهكذا نستمر في تقريبه

مدد أنه لا يستطيع رؤيتها على التوالي ٦م، ٥م، ٤م، ٣م، ٢م، ١م، ١٠٠سم، ٦٠سم، ٢٥سم. فإذا لم يتمكن الشخص من الرؤية على بعد ٢٥سم السطر الأول نسلط على عينيه الضوء: فإذا استطاع تمييز الضوء فإن قوة إبصاره يعبر عنها بإحساس P.L. أما إذا لم يستطع الإحساس بالضوء فإنه في هذه الحالة يعد كفيفا.

٤- مقياس باراجا:

تتطلب المواد والأنشطة التعليمية والتربوية، كالقراءة والكتابة درجة من الفاعلية البصرية في رؤية المواد المطبوعة عن قرب. ولتحقيق هذا المتطلب طورت ناتالي باراجا (Barraga.(1964 مقياسا لتقدير درجة الكفاءة أو الفاعلية البصرية Visual Efficiency. أو الإبصار الوظيفي بدلا من حدة الإبصار، وتجدر الإشارة إلى أن هذا المقياس يصنف ضمن المقاييس التشخيصية Diagnotic scales إذ أنه صمم بهدف تقدير إمكانية استفادة ضعاف البصر من القدرات البصرية المتبقية لديهم واستغلالها بشكل جيد.

ويتضمن المقياس عددا من المثيرات البصرية أشكال هندسية مختلفة الحجم ودرجة التعقيد لكل منها عدد من البدائل، وعلى المفحوص أن يحدد من بينها الشكل المطابق للمثال الأصلي ويشتمل المقياس على ثمانية جوانب رئيسة هي:

(١) تمييز الأشياء.

(٢) تمييز الرموز والأشكال المجردة وإعادة رسمها.

(٣) ضبط حركة العينين، وتمييز الأشكال والألوان.

(٤) إدراك العلاقة بين الصور والأشكال المجردة والرموز.

(٥) معرفة وإدراك الرموز في أشكال مختلفة وإعادة رسمها.

(٦) الوعي بالإشارة البصرية، كأن يحرك رأسه، أو عينيه باتجاه الضوء.

(٧) تذكر التفاصيل والعلاقة بين الأجزاء والتمييز بين الشكل والخلفية.

(٨) التعرف والتمييز واستخدام صور الأشياء والأشخاص وصور الحوادث المختلفة.

وعند تطبيق مقياس الكفاءة البصرية التشخيصي على الأطفال، يعرض عليهم أربعة أشكال من بينها واحد فقط صحيح، يختار من بينها ما يناسب الشكل المعروض، ويتطور المقياس في التعقيد فيما يعرضه من أشكال، وأشياء، وكلمات بقصد تقدير قدرة الطفل على مقارنة هذه الأشكال بالمثير الأصلي.

ومن الجدير بالذكر أن هذا المقياس يعد من المقاييس المفيدة للمعلمين والأخصائيين العاملين في مجال الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. إذ يتطلب هذا المقياس كما سبق أن ذكرنا من الطفل أن يقوم بفحص أحد الأشكال، أو التصميمات الهندسية، وأن يجد شكلاً شبيها للشكل الأصلي، أو شكلاً مختلفاً عنه من بين البديلات المعروضة أمامه.

ويذكر فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي (١٩٩١، ص ص ٥٨٢ – ٥٨٣) أن الأهداف العامة من استخدام هذا المقياس، يمكن تلخيصها على النحو التالي:

(١) تحديد مستوى الأداء الوظيفي البصري لدى كل طفل يظهر أي قدر من القدرة على الإبصار (من قبيل استقبال الضوء أوحركة الأشياء... إلخ).

(٢) تطوير خطط وصيفية فردية لاستثارة، وتطوير القدرة على الإبصار لدى الطفل وتطويرها إلى أقصى حد ممكن.

(٣) تطوير اهتمام الطفل، وتدعيم اتجاهاته الايجابية نحو الأنشطة الهادفة إلى تعلم الإبصار.

(٤) تشجيع الأطفال على ممارسة درجة أكبر منْ الضبط والتحكم في عضلات العين لتسهيل التثبيت، والتركيز على المرئيات.

(٥) توفير التشجيع، والدافعية، والتعزيز، والتأييد، والمساندة للطفل في جميع الأنشطة البصرية.

(٦) شغل الطفل في إعداد ملاحظات تتصل بإنجازاته اليومية، وتحصيل الكلي في الأداء البصري.

(٧) إعادة تقدير الأداء الوظيفي البصري، والكفاءة البصرية بعد فترة من التدريب على تنمية كفاءة الإبصار.

ومما تجدر الإشارة إليه أن هذا المقياس يعد مفيدا للمعلمين وغيرهم من الأخصائيين العاملين في مجال الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. إذا يتطلب هذا المقياس من الطفل أن يقوم بفحص أحد الأشكال، أو التصميمات الهندسية، وأن يجد شكلا شبيها للشكل الأصلي، أو شكلا مختلفا عنه من بين عدد من البديلات المعروضة أمامه.

وعند تطبيق المقياس تعرض على الطفل أربعة أشكال من بينها اختيار واحد فقط هو الصحيح، والأشكال والأشياء والكلمات التي يتضمنها المقياس ذات أحجام مختلفة، وبدرجة مختلفة من التعقيد بقصد قدرة الطفل على مقارنة هذه الأشكال بالشكل الأصلي – كما سبقت الإشارة – كما يمكن زيادة تعلم استخدام الإبصار إلى أقصى حد ممكن، وذلك إذا تعلم الطفل – محدود الإبصار – استخدام القدرة البصرية المتبقية، أو الجزء المتبقي لديه من حاسة البصر.

٥- جهاز كيستون للمسح البصري:

يعد جهاز كيستون للمسح البصري أول جهاز لقياس تآزر العينين في ظروف مشابهة لظروف عملية القراءة، وهو يستخدم في اكتشاف الأطفال الذين يعانون من قصر النظر، وطول النظر، والاستجماتيزم؛ بالإضافة إلى مقياس ما يعرف بنسبة عدم التوازن الرأسي، وعدم التوازن الجانبي، وخلط النقط البعيدة، والقدرة البصرية للعينين

معا، والمستويات الثابتة، وخلط النقط القريبة. ويعد هذا الجهاز من الأدوات المفيدة في عيادات القراءة العلاجية، ووسيلة لانتقاء الأطفال الذين يعوزهم مزيداً من الفحص.

ومن العوامل الأساسية التي تبين مدى صدق هذا الاختبار:

(١) يمكن اختبار كل عين على حدة في الوقت الذي تكون فيه العينان مشتركتان في الرؤية كالعادة ويتم ذلك عن طريق زوج من الصور أمام العينين.

(٢) قياس المقدرة البصرية للعينين معًا وكذلك حدة كل عين على حدة.

(٣) يمكن قياس مدى تآزر العينين الذي يعد عاملا عامًا يساعد على سرعة القراءة، كما يمكن قياس توازن العضلات والتداخل الذي يحدث عند قراءة الكتب، أو السبورة البعيدة.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا الجهاز أصبح من الأدوات المفيدة في عيادات القراءة العلاجية. ولا يعني ذلك أنه يمكن أن يحل محل الفحص البصري الذي يقوم به أخصائي القياس البصري، أو طبيب العيون إذ أنه في حقيقة الأمر يعد وسيلة لانتقاء هؤلاء التلاميذ الذين يحتاجون إلى مزيد من الفحص. وذلك ليس من حق المدرس، أو الأخصائي النفسي، أو الزائرة الصحية أن يقوم بأي توجيه بناء على نتائج الاختبار، إذ من الأفضل أن يقوم بعملية قياس حدة الإبصار أخصائي ما هر في طب العيون.

٦-بطاقات تقدير القراءة:

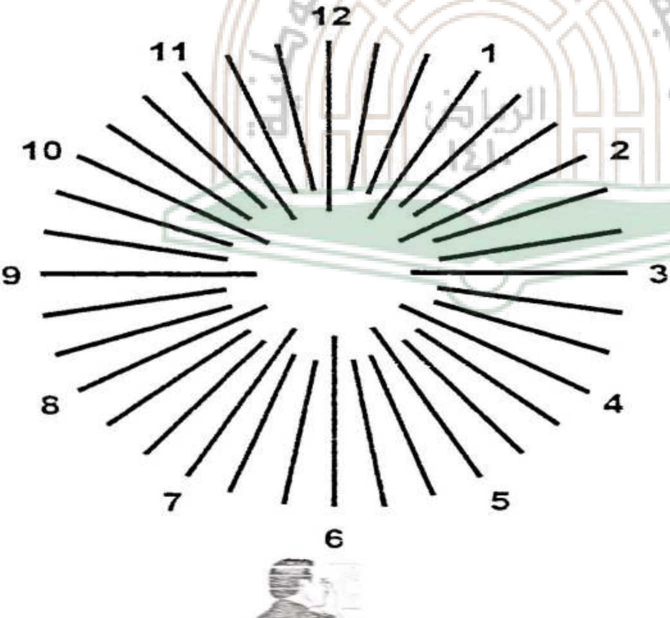
قامت نقابة الأطباء الأمريكية بتصميم بطاقات لتقدير كفاءة الإبصار، وهي عبارة عن بطاقة مثبتة على عصا وتوضع على بعد (١٤) بوصة من العين. ويقرأ المفحوص السطر الأول من البطاقة بعين واحدة بينما تبقى العين الأخرى مغلقة، واذا استطاع قراءته فإن حدة إبصاره ١٤/١٤ وكفايته البصرية بنسبة ١٠٠، أما إذا لم يتمكن من قراءته واستطاع قراءة

السطر الذي يليه فإن حدة إبصاره تصبح ٢١ :١ وكفايته البصرية بنسبة ٥١٪ وهكذا تنخفض النسبة المئوية كلما انخفض في قراءة أحد السطور تدريجياً.

(٧) اختبار إيمز للإبصار:

يستخدم اختبار إيمز كسابقيه – في الكشف عن حدة الإبصار، وقصر النظر، وطول النظر، والتوازن العضلي، وكذلك في التعرف على بعض الاضطرابات أو الأمراض التي يمكن أن تلحق بمكونات بعض أجزاء من العين.

٨-المروحة الأسطوانية:



تستخدم المروحة الأسطوانية في تشخيص اللابؤرية الاستجماتيزم وهي عبارة عن مروحة نصف دائرية تظهر فيها الخطوط مستوية. وتثبت هذه المروحة فوق عمود ويجلس المريض على بعد ٦ أمتار. فإذا استطاع المريض رؤية الخطوط بوضوح

حيث يرى الصورة على هيئة خطين كل منهما يشكل بؤرة خاصة، فهذا يعني أنه لا يعاني من الاستجماتيزم، أما إذا لم ير هذه الخطوط واضحة. فإن العدسة الأسطوانية المصححة توضع بحيث يكون محورها عموديًا على الخط الذي يذكر المريض بأنه غير واضح.

طرق قياس حدة البصر عند الأطفال:

تختلف الطرق المستخدمة مع الأطفال عن تلك التي تستخدم مع الكبار وتختلف أيضًا باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها أولئك الأطفال وفيما يلي أهم طرق قياس حدة البصر لدى الأطفال:

أ- الأطفال من عمر سنة إلى سنتين:

١- اختبار الكرات المتدحرجة: Rolling Balls test

وهو اختبار من إعداد "شبريدان" Sheridann وفيه يتم اختبار حدة بصر الأطفال من عمر ٨ ، أو ٩ شهور وتستخدم كرة بيضاء (٣مل تقريبًا)، يتم وضعها على لوح أسود يبلغ طوله من ٣- ٦ أمتار ويوضع الطفل على الأرض فإذا تمكن الطفل من رؤية الكرة سوف نجده يذهب إليها حبوا وهذا الاختبار يفيد في قياس قدرة عين الطفل على التعقب.



٢- اختبار الكرات الثابتة:

وهو أيضًا اختبار من إعداد "شبريدان" وفيه يتم اختبار حدة بصر الأطفال وذلك بوضع كرة بيضاء على حائط غامق اللون على مسافة ثلاثة أمتار، ويجلس الطفل على رجل أمه فإذا تمكن الطفل من رؤية الكرة نجده يقوم بالإشارة إليها بيده.



٣- اختبار الكرات الملونة:



يقوم الفاحص في هذا الاختبار بوضع عدد من الكرات الملونة على مسافة من (٦٠ – ٩٠ سم) على منضدة، ويجلس الطفل على رجل أمه وذلك للتعرف على قدرة الطفل على التعقب، أما الطفل ذي الإعاقة

البصرية، أو لديه إعاقة فكرية فغالبًا ما نجد أن القدرة البصرية لديه تتطور ببطء ولذلك فهو غالبا غير قادر على الاستجابة إذا كانت الكرة أبعد من (٦٠سم) وقد لا يزيد وضع الكرة عن (٤٥سم).

٤- اختبار الحروف الأبجدية:



يتطلب هذا الاختبار من الطفل التمييز بين الحروف المختلفة ولكنه لا يتطلب القدرة على تسمية هذه الحروف إذ يطلب من الطفل أن ينظر للحروف المفردة على مسافة (٣ أمتار)، أو على مسافة (٦ أمتار) كما في اختبار شيريدانجاردينر، ويحمل الفاحص بطاقة مكتوب عليها حرف واحد ويطلب من الطفل تعيين الحرف الذي يشبه الحرف المعروض والحرف المطبوع على البطاقة أمامه.

ب- الأطفال من عمر (٣- ٥) سنوات:

١- لوحة جوغرن:

تم تصميم هذه اللوحة لتناسب الأطفال، وهي عبارة عن رسم ليد بقياسات مختلفة واتجاهات مختلفة، ونطلب من الطفل أن يوجه يده حسب اتجاه الرسم، وهو يفيد أيضًا الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والفكرية.



٢- لوحة فووكس:

هذه اللوحة صممت على نفس طريقة سنيلين ولكن بدلا من استخدام رموز لحروف هجائية. فقد استخدمت رسوم وصور مختلفة لحيوانات بحيث يسهل على الطفل تمييزها. وكذلك يستخدمها الأشخاص الأميين.

ثانيا: قياس مجال الرؤية:

أو ما يعرف بقياس زاوية الرؤية. أو المساحة البصرية وهي المنطقة التي ترى بواسطة العين في لحظة معينة. وتدعى المنطقة التي ترى عند الجانب الأنفي بساحة الرؤية الأنفية. أما المنطقة التي ترى عند الجانب الوحشي فتدعى بساحة الرؤية الصدغية. وقد توجد أحيانا بقع عمياء في أجزاء من ساحة الرؤية غير منطقة القرص البصري. وتدعى مثل هذه البقع العمياء "العتمات" وتنجم عادة من حالات سمية مثل التسمم بالرصاص. أو الإفراط في التدخين ويتم قياس مجال الرؤية للأسباب التالية:

(١) التأكد من عدم وجود ارتفاع في ضغط العين (الجلوكوما).

(٢) التأكد من عدم وجود التهاب الشبكية الصبغي.

(٣) التأكد من سلامة العصب البصري.

(٤) التأكد من سلامة وظائف الشبكية، وعدم وجود انفصال بها.

طرق قياس مجال الرؤية:

١- اختبار المقارنة بالمواجهة:

هي طريقة سهلة وسريعة ولكنها غير دقيقة، تستخدم لفحص مجال الرؤية، ويمكن من خلالها معرفة أي اختلالات كبيرة في مجال الرؤية.

وفي هذه الطريقة يجلس الطبيب والمريض متواجهين على بعد حوالي ٦٠ سم من بعضها البعض ويطلب الطبيب من المريض أن يغلق إحدى عينيه ناظرا بالعين الأخرى باستقامة أمامه إلى عين الطبيب المماثلة (أي أنه إذا نظر المريض بعينه اليمنى سينظر في عين الطبيب اليسرى والعكس) ثم يطلب من الطبيب بأن يخبره عندما يرى أصابعه تتحرك في محيط مجال الرؤية من الخارج إلى الداخل في الأقطار الأربعة المختلفة، ويلاحظ الطبيب هنا الفرق بين مجال رؤيته شخصيًا ومجال رؤية المريض، ثم يكرر نفس العملية للعين الأخرى.

٢- قياس ميدان الرؤية المحيطي:

هي طريقة أدق من الطريقة السابقة لقياس مجال الرؤية المحيطي وفيها يضع المريض ذقنه على القطعة الذقنية فتكون عينه في مستوى نقطة التثبيت عادة ٣٣سم، وهي مسافة مساوية لنصف قطر قوس الجهاز وبعد ذلك يطلب الطبيب من المريض أن ينظر بإحدى عينيه على نقطة التثبيت، ويتحرك جسم مضئ، أو هدفًا صغيرًا أبيض اللون من الخارج للداخل على القوس وتسجل النقطة التي رآها عليها، وحتى يتم الاختبار كاملاً يجب أن يتحرك



الهدف الأبيض في المحاور الأربعة الرئيسة. ثم يتم توصيل خط واحد بين النقاط الأربعة فيحصل الطبيب على مجال الرؤية المحيطي، ثم يكرر نفس الإجراء السابق مع العين الأخرى.

٣- مقياس شاشة جيروم:

تستخدم شاشة جيروم لقياس مجال الرؤية المركزي، وهناك نوعين من شاشات جيروم:

أ- الشاشة الصغيرة:

ومساحتها ١م × ١م وفيها يجلس المريض على مسافة ١م من الشاشة.

ب- الشاشة الكبيرة:

ومساحتها ٢م × ٢م وفيها يجلس المريض على مسافة ٢م من الشاشة.

وشاشات جيروم عادة ممتدة إلى °١٠، °٢٠، °٣٠ وهي شاشة سوداء، بينما نقطة التثبيت (F) بيضاء وأثناء عملية الفحص يطلب الطبيب من المريض النظر بعين واحدة نحو نقطة التثبيت. فيتحرك جسم مضئ أمام عين المريض: ويتم تسجيل النقاط التي رآها المريض على المحاور الرئيسة الأربعة. ويتم توصيل النقاط بخط واحد فيحصل الطبيب على مجال الرؤية المركزي.

٤- لوحة أمسلر:

يستخدم المريض لوحة "أمسلر" للفحص المنزلي، للكشف الدوري عن وجود عتمات في مجال الرؤية المركزي من عدمه، واللوحة مقسمة لخطوط مستقيمة متعامدة تكون فيما بينها مربعات صغيرة وفي المنتصف نقاط التثبيت.

ويقوم المريض في هذه الطريقة بمسك اللوحة والنظر فيها بإحدى عينيه ويغلق العين الأخرى، ويقوم بالنظر نحو موضع نقطة التثبيت في مركز اللوحة على مسافة القراءة المعتادة، وعن طريقها يحدد ما إذا كانت هناك أية مربعات ناقصة، أو غير طبيعية بها.

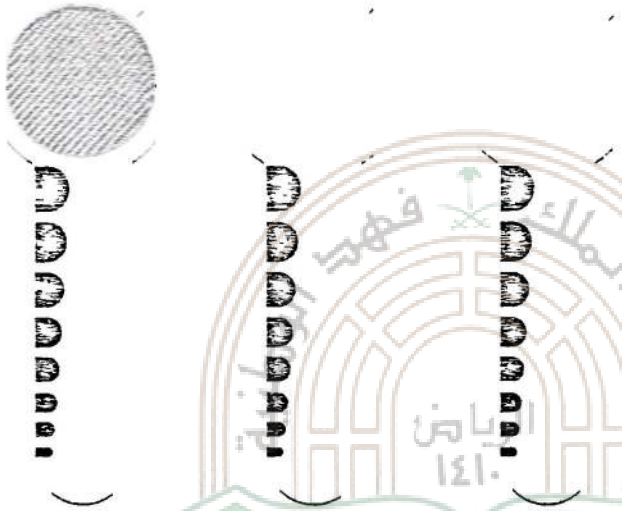
ثالثًا: طرق تشخيص الحول:

اختبار عصا مادوكس Maddox rods test:

يُنسب هذا الاختبار إلى طبيب العيون الانجليزي ارنست إدمون مادوكس Ernest E dmundModdox (١٨٦٠-١٩٣٣) وهو اختبار لتوازن عضلات العين ينظر فيها المريض إلي ضوء شمعة خلال عصيات من الزجاج تحوله إلى خط من الضوء. وتكون الصورة الفارقة التي يدركها المريض من خلال عينيه الإثنتين علامة على درجة التغاير في محور البصر، أو ما يسمى "هتروفوريا"[*] Heterophoria. وهو انحراف في العين يسببه عدم توازن عضلات العين (جابر وكفافي، ١٩٩٢ ج، ٢٠٣٤-٢٠٣٥).

(١) تغاير محور البصر. هترو فوريا Heterophoria انحراف في العين بسبب عدم توازن عضلي عارض فيها. ويترجمها بعض الباحثين: اختلاف اتجاهات محاور العينين. وينظر إليها على أنها مصطلح عام يتعلق بخلل أو عيب في التوازن العضلي للعينين؛ بحيث يكون انحراف هذا التوازن كامنا مستترا، ليس بنفس درجة وضوح الحول. وإذا انسحبت العينان في اتجاه الأنف فإنه يطلق عليه انحراف نحو المحور البصري، وإذا انسحبتا إلى أعلى فإنه يسمى انحراف محور البصر إلى الأعلى، أما إذا انسحبتا إلى أسفل فإنه يطلق عليه حينئذ انحراف محور البصر إلى أسفل (الشخص والدماطي، ١٩٩٢، ٢١٦).

يستخدم اختبار عصا مادوكس أيضا في تشخيص الحول وهو عبارة عن عدد من النبضات الأسطوانية الزجاجية ذات اللون الأحمر مثبتة داخل إطار معدني ذو مقبض ولها القدرة على تحويل نقطة بيضاء من الضوء إلى خط أحمر. حيث أن هذا الخط يكون زاوية مقدارها ٩٠° مع المحور الطولي للقبضات. أي عندما تكون القضبان أفقية يكون الخط الآخر عمودي. وعندما تكون القضبانعمودية ويكون الخط أفقي ويقوم الطبيب بوضع الإطار التجريبي على عين المريض. توضع عصا مادوكس أمام العين المراد



فحصها. ويطلب للمريض أن ينظر إلى مصباح على مسافة ٦ أمتار. وإذا كانت الاسطوانات في الوضع الأفقي. فالمريض يرى بالعين المكشوفة المصدر الضوئي عبارة عن نقطة مضيئة. بينما يرى بالعين الأخرى خط عمودي واحد. فإذا كانت العين سليمة كانت النقطة المضيئة في منتصف الخط.

أما إذا كانت العين مصابة بحول كامن كانت النقطة تقع على أحد جانبي الخط. ثم يغير وضع عصا مادوكس إلى الوضع العمودي للاسطوانات. فيكون الخط المرئي أفقيا. والنقطة المضيئة في منتصفه. فإذا كان المريض يعاني من حول علوي يرى الخط والنقط المضيئة تحت. أما إذا كان يعاني من حول سفلي فيرى الخط والنقطة المضيئة من فوق.

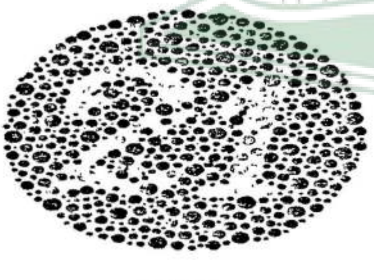
الفحص بالتغطية Cover tests:

هو أحد اختبارات تشخيص الحول وفيه يقوم الطبيب بمواجهة المريض ويشير له بإصبع واحد، أو قلم ويثبت المريض نظره على هذا الإصبع. أو القلم فيبدو شكل العين طبيعيا ولا يظهر حول، ثم تغطى أحد العينين. والمريض مازال إبصار عينيه على الإصبع، فإذا كان بهما حول كامن فأنه قد يتضح فيهما الحول، ثم سرعان ما تعدل العين وضعها، وتبدو طبيعية أما إذا ظهرت بمجرد رفع الغطاء فيثبت ذلك أنه ليس فيهما حول، فتكون طبيعية ويكرر نفس الفحص للعين الأخرى

رابعا: قياس عمى الألوان:

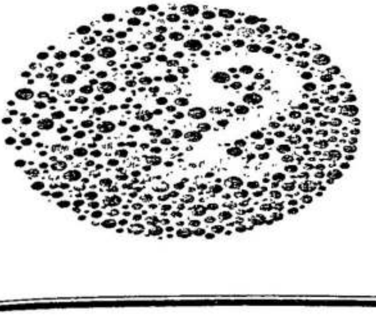
.إن الشخص الطبيعي الذي يرى الألوان طبيعية يمتلك ثلاث صبغات مخروطية بكميات طبيعية ويسمى ذو الثلاثة ألوان. أما إذا كان هناك صبغتين ملونتين من المخاريط يسمى ثنائي الألوان أما إذا كان هناك صبغة ملونة من المخاريط يسمى أحادي الألوان.

ويمكن تقسيم عمى الألوان حسب الصبغات الغير موجودة إلى ثلاثة أنواع:



١- Protan نقص الصبغ المسئولة عن الإحساس باللون الأحمر.

٢- Deutran نقص الصبغ المسئولة عن الإحساس باللون الأخضر.



٣- Tritan نقص الصبغ المسئولة عن الإحساس باللون الأزرق.

وقد تحدث حالة قصور الالوان نتيجة

لشيء غير سوي، أو نقص تام في المخروطيات الصبغية وتختلف حالات قصور الألوان من شخص لأخر، حيث أنها تتوقف على نوع المخروط المصاب. ومن أكثر قصور الألوان شيوعا قصور الألوان الحمراء والخضراء. وعلى سبيل المثال: فإنه يمكن لشخص مصاب بهذه الحالة التمييز بين اللون الأحمر، واللون الأخضر ولكنه يصعب عليه عمل التفرقة اللازمة عند اختلاف درجات هذين اللونين. وجدير بالذكر أن المخروطات الصبغية غير السوية تتسبب في ظهور بعض ألوان الطيف بصورة داكنة على نحو غير طبيعي.

أما عن العوامل التي تؤثر على اللون بصريًا:

١- عدسة العين: تمتص أطوال الموجة القصيرة في العيون الشابة، ويكون هذا الامتصاص لأطوال الأمواج من (٥٥٠- ٦٠٠) نانوميتر، في بعض حالات كبار السن تصبح العدسة صفراء وأطول الأمواج التي تمتص هي الزرقاء، ولذلك أطوال الأمواج التي تمر هي الأحمر والأخضر التي تمتد لعمل اللون الأصفر.

٢- صبغة اللطخة الصفراء: حيث تحتوي على صبغة الزانتوفيل الصفراء.

٣- تأثير (Stiles – Crawford) والذي يعني أن الضوء الذي يمر قرب حافة البؤبؤ يكون أقل فاعلية، أو تأثير من الضوء الذي يمر في مركز البؤبؤ وذلك لاختلاف حجم المستقبلات الضوئية في المركز من غيرها.

٤- الزيغ اللوني.

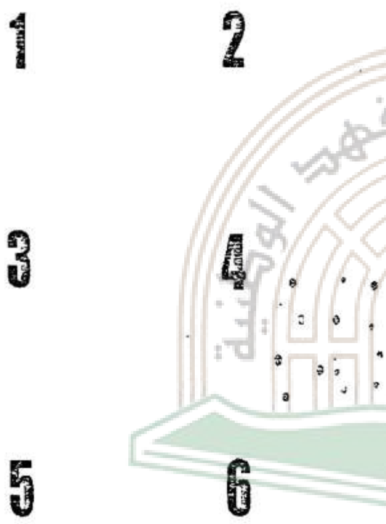
طرق فحص تمييز الألوان:

الطريقة الأولى: اختبار شيتلنج stilling test

نسبة إلى "جاكوب شيتلنج" Jakop Stilling طبيب العيون الألماني (١٨٤٢-١٩١٥). وهو اختبار يتألف من لوحة تتضمن نقاطًا مختلفة في الألوان، أو

التشبعات اللونية، والشدة اللونية، صممه "شتيلنج" لاكتشاف الضعف في رؤية اللون. وبعض النقاط تؤلف أرقامًا يمكن رؤيتها بالعين السليمة، ولكن لا يمكن رؤيتها بعين مصابة بعمى الألوان، أو العين الضعيفة في رؤية الألوان.

الطريقة الثانية: اختبار إيشيهارا Ishihora test



نسبة إلى شينوبو إيشيهارا Shinob Ishihara أخصائي العيون الياباني (١٨٧٩-١٩٦٣) وهو اختبار لاكتشاف عمى الألوان يستخدم سلسلة من الألواح، أو البطاقات (لذلك يطلق البعض من الباحثين على هذا الاختبار طريقة ألواح، أو صفائح إيشيهارا Iahihoraplotes).

هذه السلسلة من الألواح، أو البطاقات فيها أرقام، أو حروف يتألف كل منها من نقاط من لون معين على أرضية من النقاط بدرجة متفاوتة من التشبع واللمعان. ولذلك صمم "إيشيهارا" هذا الاختبار لتشخيص أنماط معينة من عمى الألوان.

الطريقة الثالثة: طريقة هاري رند ديتر Hary rand ditter

استخدام منظار الألوان غير الطبيعية، أو أنامالوسكوب Anamaloscope وهي أداة طيفية تستخدم لتحديد ضعف اللون باستخدام "معادلة راليج Rayleigh"، والتي

تحدد نسبة المثيرات الحمراء والخضراء الأزمة التي تناسب، أو تكافئ اصفر معينا، والشخص المصاب بالقصور الثلاثي في رؤية الألوان Anomalous trichromats يتسم بضعف في رؤية اللون الأحمر، أو اللون الأخضر، ويحتاج المصاب إما إلى زيادة في رؤية اللون الأحمر، أو زيادة في رؤية اللون الأخضر كي يتحقق التكافؤ، أو الملائمة.

الفصل الخامس

تقييم مهارات التوجه والحركة لذوي الإعاقة البصرية

الفصل الخامس

تقييم مهارات التوجه والحركة لدى ذوي الإعاقة البصرية

مقدمة

أحد أهم الخصائص الحركية لدى الكفيف هو ما يعانوه من القصور في المهارات الحركية، وتزداد المشكلات الحركية والقصور الحركي لديه كلما اتسع نطاق بيئته، أو ازدادت تعقيدا. كما أن حركته محدودة نتيجة قدرته المحدودة على إدراك الأشياء وخاصة البعيد منها، إلى جانب حرمانه من المثيرات البصرية؛ بالإضافة إلى أنه يواجه صعوبة في ممارسة سلوكيات الحياة اليومية؛ مما يعرضه للإجهاد العصبي والتوتر النفسي والشعور بانعدام الأمن إلى جانب ارتباكه في المواقف الجديدة (محمد، ٢٠٠٤، ص١١). إذ يؤدي اضطراب حركة الكفيف وقصور مقدرته على التنقل والتحكم في بيئته إلى شعوره بالخوف وعدم الشعور بالطمأنينة (القريطي، ٢٠٠٥).

وقد عبر كارل (١٩٦٩) عن مشكلة التوجه والحركة بقوله: ربما كان فقدان القدرة على الحركة من أعظم ما يفقده الكفيف؛ فهو يزيد من شدة ما يمكن اعتباره فقدان الصلاحية الاجتماعية، وذلك من حيث واقعيته ومن حيث تأثيراته الانفعالية. وبعث القدرة على الحركة إلى الحد الذي تتطلبه ممارسة الحياة العامة والعمل العادي إنما هو بالضرورة أحد الأغراض الرئيسة لأي برنامج تأهيلي .

ولذلك تعد مشكلة التوجه والحركة من أهم الآثار الناجمة عن فقدان البصر؛ فالحركة ضرورية لتلبية الكثير من الاحتياجات؛ وعدم توفر هذه القدرة يحد من فرص ذوي الإعاقة البصرية في التفاعل الاجتماعي، وحقهم في الاندماج بمناشط الحياة؛ ولذا يقع على عاتق مدربيهم ومربيهم مسؤولية مساعدتهم في اكتساب مهارات التوجه

والحركة المستقلة (خضير والببلاوي، ٢٠٠٤). إن التأخر في النمو الحركي يؤدي إلى صعوبات في التكيف الاجتماعي لدى المكفوفين بمعدل أكبر من أقرانهم المبصرين؛ فمهاراتهم الحركية الكبيرة تعد ضعيفة، ولذلك فهم غير قادرين على أداء الأنشطة الحركية من خلال التقليد والمحاكاة (Heward, 2006). وهذا ما سبق أن أكده بركات (١٩٨١) من أن حركة الكفيف تتسم بكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات، أو يقع على الأرض نتيجة تعثره بشيء أمامه. ومثل هذا المواقف يؤثر كثيراً على علاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به.

إذ تتسم المهارات الحركية الصغيرة والكبيرة لدى لمكفوفين بأنها ضعيفة: فأما بالنسبة للمهارات الحركية الدقيقة: فبعض المهارات تتطور ببطء لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية لافتقارهم للدافعية لممارسة تلك المهارات، أما المهارات الحركية الكبيرة: فتظهر في تأخرهم في كل من: الزحف، والوقوف، والمشي، والقفز، والرمي، ويعود ذلك أيضاً لنقص الدافعية لديهم للتنقل؛ بالإضافة إلى الحماية الزائدة التي يمارسها الأهل (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٤).

فقد كشفت نتائج دراسة هاتون وبايلي وبوتشينال Hatton, Bailey and Burchinal, (1997) التي أجريت على (١٨٦) طفلاً كفيفاً عن تأخر اكتسابهم للمهارات الحركية مقارنة بأقرانهم المبصرين.

وعلى الرغم من أنه من المحتمل أن تتطور لدى الطفل الكفيف العديد من المهارات مثل الطفل المبصر؛ إلا أن هناك العديد من المعيقات والعوامل التي تؤثر على حدوث وتتابع تحقيق المهارات الحركية واكتسابها (Ferrell, 1996). وفي غياب التشجيع ومحدودية الخبرة، يدخل الأطفال المكفوفين للمدرسة وهم يفتقرون إلى المهارات الحركية اللازمة للتعرف على البيئة. ودون إظهار الوعي الجسدي اللازم: مما يدفعهم إلى تجنب الحركة في الأماكن غير المألوفة (الحديدي، ٢٠٠٢).

إن ذوي الإعاقة البصرية يحتاجون إلى تنمية العديد من المهارات والتي من بينها: مهارات التفاعل الاجتماعي، والتدريب على الاستقلالية، والمهارات التعويضية، والاسترخاء ومهارات وقت الفراغ. والتعليم المهني، واستخدام التقنيات المساعدة، ومهارات الكفاءة البصرية والتقرير الذاتي: وبالإضافة إلى ما سبق فإن مهارات التوجه والحركة كذلك ووفقا للأجندة القومية لتعليم الأطفال والراشدين ذوي الإعاقة البصرية The national agenda for the education of children and youths with visual impairments تعد من المهارات المهمة بالنسبة لهم (Huebner, Merk- Adam, Stryker, & Wolffe, 2004)

إن مهارات التوجه والحركة يُنظر لهما معا على أنهما: "مهارات حياتية أساسية" (Huebner & Wiener, 2005, p. 579). ولذلك يتمثل الهدف النهائي في تعلم التوجه والحركة في تمكين الأفراد ذوي الإعاقة البصرية من التنقل في أي بيئة بشكل مستقل قدر الإمكان، ولتحقيق هذا الهدف، يجب أن يبدأ تعلم التوجه والحركة في أصغر سن ممكنة (Pogrund & Fazzi, 2002). وهذا ما أكده هيزكم وهوبنر Hazekamp and Huebner (1989, p.23) بقولهما: "إن القدرة على فهم مهارات التوجه والحركة في البيئة المكانية والمادية يعد مهارة أساسية ينبغي تنميتها لدى ذوي الإعاقة البصرية في سن مبكرة".

ويعد موضوع التوجه والحركة إحدى القضايا بالغة الأهمية في مجال الإعاقة البصرية؛ إذ يتعلق بتطوير، أو إعادة تشكيل المهارات الضرورية للاستقلالية في مجال الحركة: فالحركة هي مركز العملية الأساسية للتطور النفس حركي، والحركة المستقلة تيسر المشاركة في البرامج المدرسية (Jacobson, 1993). إذ يعد التوجه والحركة في بيئة المدرسة جزءًا مهمًا لا غنى عنه من المناهج الخاصة بالإعاقة كواحدة من الخدمات التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة البصرية (Corn, Hatlen,

Huebner, Ryan & Siller, 1995). إن التدريب الفعال على التوجه والحركة يحتاج إلى تعلم منظم بمرور الوقت في عدد كبير من البيئات وفي ظروف متنوعة (Hill & Ponder, 1976).

وتستلزم الحركة نوعين من الطاقة، أولهما طاقة طبيعية عضوية، وثانيهما: طاقة نفسية، فالحركة ليست مجرد انتقال من مكان إلى مكان آخر بقدر ما تتضمنه من تفكير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يتحرك بينها الفرد (الببلاوي،٢٠٠١، ص ١٦). ولذلك تضم مكونات منهج التوجه والحركة: النمو الحسي والمفاهيمي والحركي (مهارات الحركات الدقيقة والكبيرة)، والوعي البيئي والمجتمعي، ومهارات التوجه والحركة، وقضايا السلامة واستخدام مصادر المجتمع، واستخدام التقنيات المساعدة (Anthony et al., 2002; Griffin– Shirley, Trusty & Rickard, 2000). وهناك مهارات مرتبطة بمنهج التوجه والحركة: منها: المهارات الأساسية، ومهارات التنقل داخل المباني، واستخدام العصا، والانتقال للعمل البسيط، واستخدام النقل العام، والسفر إلى المدن، وفي المجالات والظروف الخاصة: مثل: السفر في المناطق الريفية، والتنقل في الأسواق التجارية (Fazzi & Petersmeyer, 2001).

والتوجه والحركة يشتمل على المهارات الحركية والمعرفية اللازمة لتنفيذ الحركات الجسدية: فالطفل الكفيف ربما يفتقر إلى المهارات التي تؤهله للفهم الكامل والتعرف على بيئته، وهذا التناقض والاختلاف من الممكن أن يحدث نتيجة قصور، أو فقر الخبرات التي من الممكن أن يؤدي إلى صعوبة في فهم مفاهيم الجسم ووضعه، والمبادرة وتنفيذ تدريبات مستقلة في البيئات المهمة بالنسبة للفرد (Anthony, Bleier, Fazzi, Kish, & Pogrund, 2002)

ان الحركة المستقلة تيسر على الكفيف المشاركة في كافة مناشط الحياة، وهي ضرورية للقيام بالكثير من الأعمال والحصول على الفرص الاجتماعية والترفيهية

الممكنة، في حين أن عدم القدرة على التوجه والحركة في البيئة يحد من فرص الحصول على الخدمات المختلفة، علاوة على الآثار والمشكلات المترتبة على ذلك (الببلاوي، ٢٠١٠). إن نمو وتطور مهارات التوجه والحركة ضرورية إذا كان على الكفيف أن يتنقل بشكل مستقل في العديد من الأماكن، واحتياجاته في هذا المجال فريدة؛ لأن فقدان البصر يتطلب منه التعلم والتنقل حول البيئة بطريقة مختلفة عن أقرانه المبصرين (Hazekamp & Huebner, 1989)

وهكذا يتضح أهمية تدريب المكفوفين على مهارات التوجه والحركة، وهو ما أكدته العديد من الدراسات التي اهتمت بإعداد برامج تركز على تطوير تلك المهارات لديهم، ومنها دراسة كل من: Brambring, (2001);Elmerskog & Tellevik, (2002);Harley, Long, Merbler & Wood (1987);Hill & Hill (1991);Kenneth & Roswitha (1985);Leja (1993)

وعلى الرغم مما سبق إلا أن معاهد وفصول ذوي الإعاقة البصرية تعاني من ندرة وجود متخصصين في التوجه والحركة وهذا الأمر لا يقتصر على العالم العربي بوجه خاص، إنما يمتد أيضًا في العديد من دول العالم. ففي الدراسة المسحية التي أجراها كورن وبينا وديبريست Corn, Bina, and DePriest (1995) لعينة مكونة من (٩٨٥) من آباء التلاميذ الملتحقين بمدارس الأطفال والشباب المكفوفين، كشفت النتائج عن أن (٧٦.٦٪) من أولئك الآباء يشكون من عدم توفر أخصائيي التوجه والحركة بتلك المدارس لتدريب أبنائهم على التحرك بشكل مستقل في البيئة المحيطة.

وكشف تقريرًا قدمه كل من ميسون وديفيدسون وماكنيرني Mason, Davidson, and McNerney (2000)، أن هناك (١٣٠٠) أخصائي توجه وحركة فقط يعملون في كل أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية خلال عام ٢٠٠٠م، وأشارت أكاديمية إجازة مهني تأهيل وتعليم ذوي الإعاقة البصرية The Academy for

certification of vision rehabilitation and education professionals إلى آن عدد الأفراد المجازين من الأكاديمية لممارسة التدريب على التوجه والحركة لم يتجاوزا (١.٩٥٨) مدرب، ووفقاً لتقرير الخطة الوطنية لتدريب الموظفين لخدمة الأطفال المكفوفين وضعاف البصر National plan for training personnel to serve children with blindness and low vision تحتاج مدارس وفصول المكفوفين وضعاف البصر إلى (١٠.٠٠٠) أخصائيي توجه وحركة إضافيين لخدمة كل الذين يحتاجون للتدريب على التوجه والحركة.

وفي مسح لأعضاء قسم التوجه والحركة بمنظمة تعليم وتأهيل المكفوفين Association of education and rehabilitation of the blind، تبين وجود (٣٤) طالب في كل مؤسسة في المتوسط ينتظرون لأكثر من شهر لتلقي خدمات التوجه والحركة، أو أنهم يتلقون خدمات محدودة للغاية (Wiener, Ambrose, Bourquin, Copass, DeJonge, et al. 2003).

ويعبر كارل (١٩٦٩) عن مشكلة عدم وجود مدرب متخصص في التوجه والحركة بقوله: "ينبغي أن ننبه إلى ضرورة التدريب المتخصص للمكفوفين على مهارات التوجه والحركة؛ وذلك لأن أخصائي التوجه والحركة مسؤول عن حياة وأمن طلابه في التدريب. وأحياناً لا نندهش حين نجد البعض من أنصاف المدربين، أو من غير المدربين على الإطلاق، يتطوعون مبينين للمكفوفين كيفية التنقل، ولكن غرس الثقة في الكفيف بغير تدريب حقيقي كامل؛ إنما هو أمر أسوأ من عدمه، وإننا نأمل أن يأتي يوم لا يضطلع بالتدريب على التوجه والحركة إلا من يحصل على رخصة تجيز له ذلك".

إن الحديث عن الحركة والتنقل والتوجه للطفل الكفيف وطبيعتها وسيكولوجيتها وكيفية التدريب عليها يتطلب بداية التعرف على هذه المصطلحات وما تعنيه من معاني لدى الطفل الكفيف وهي ما نطلق عليه مصطلحات النمو الحركي Motor Development

فمفهوم الحركة Movement يشير إلى مجموع المهارات الحركية التي يحتاجها الفرد من أجل الوصول إلى المكان الذي يريد الوصول إليه وتشمل مهارات الحبو _ المشي _ الركض أي التي تلزم التنقل بأمان في البيئة المحيطة. أما التنقل Mobility فيعني قدرة الفرد على الانتقال في البيئة المحيطة من مكان لآخر.

التوجه، أو التعرف Orintation يعني استخدام الحواس المختلفة بشكل مفيد وفعال لمعرفة الجسم وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة، أو المقدرة على فهم البيئة المحيطة من خلال فهم ومعرفة الفراغ والعلاقات الفراغية بين مكونات البيئة من أشياء، أو أشخاص وكذلك تحديد موضع هذه الأشياء وعلاقتها ببعضها.

إن للبصر دور كبير في تحديد مواقع الأشياء والاتجاهات وتقدير المسافات والأحجام وكذلك إدراك العوائق وتحديد الارتفاعات والانخفاضات ومن ثم المساعدة على التحرك بجدية واتزان في البيئة وتجنب العوائق والعقبات التي قد تكون مصدر خطر للشخص أثناء حركة انتقاله إذ أن الفرد المبصر يمكنه من خلال خبراته البصرية المباشرة وغير المباشرة التعرف على مكونات البيئة وأن يحدد فيها موقع أشياء واتجاهاتها وعلاقتها ببعضها: وبالتالي يضمن لنفسه التحرك بأمان في بيئته سواء المنزلية، أو المدرسية، أو المحلية أما بالنسبة للفرد الكفيف فإنه يواجه صعوبة في التحرك والتوجه

ويعد موضوع الحركة من القضايا ذات الأهمية البالغة في مجال الإعاقة البصرية ويتمثل في تطوير، أو إعادة تشكيل المهارات الأساسية للاستقلالية في مجال الحركة إذ أنها مركز العمليات الأساسية للتطور النفس حركي كما أن الحركة المستقلة تسهل المشاركة في كافة البرامج وهي ضرورية لتأدية الكثير من الأعمال والحصول على الفرص الاجتماعية والترفيهية الممكنة حيث أن عدم القدرة على الحركة والتنقل في المجتمع تحد من فرص الحصول على الخدمات المختلفة علاوة على الآثار والمشكلات الصحية المترتبة على ذلك من تدهور في حالة الجسم وخاصة بالنسبة للدورة الدموية والجهاز التنفسي.

إن التطور في نمو الحركة يلزمه التناسق والتناغم بين عدد من المهارات والقدرات حتى تبدو في النهاية الحركة المتزنة اللازمة فهناك القدرة على تذكر مواقع الأشياء والاتجاهات وكذلك الدافعية التي تشمل الثقة بالنفس وأيضًا المهارات اللغوية لمعرفة معاني الأشياء والاتجاهات؛ بالإضافة إلى المهارات اللمسية والبصرية والسمعية التي تساعد الفرد على ضبط الاتجاهات وحصر الفراغ من حوله، ويتعلم الطفل المبصر تلك المهارات المطلوبة للتنقل بأمان في بيئته المحيطة به بطريقة عادية ومن خلال وسائل عامة أما بالنسبة للطفل الكفيف فإن الأمر مختلف فالتغير ليس قاصرا على اتجاه التوجه فحسب بل يقل توازن جسمه فتميل مشيته إلى أن تصبح غير ثابتة ويميل الجسم عن الاستقامة والمرونة ويغلب على الحركة صفة البعد عن المهارة والإتقان، كما أن المكان بالنسبة له خال من الحدود المحددة حتى يأتي له مثير بيئي يدله على حدود المكان كصوت، أو رائحة، أو شعاع حراري، أو ضغط هوائي وفي حالة انعدام هذه المثيرات فإن المكان يظل بالنسبة له (ذاتي المركز) أي أن حدود هذا المكان محددة بنهاية حدود جسمه وليس سوى ذلك.

الخصائص الحركية لدى المكفوفين:

مما لاشك فيه أن فقدان البصر يؤدي إلى اضطراب حركة الكفيف، وقصور مقدرته على التنقل، وتعوق قدرته على أداء المهارات والأنشطة اليومية بكفاءة (القريطي، ٢٠٠٥). حيث أن فقدان البصر يقلل من قدرة الفرد على توجيه نفسه في البيئة الخارجية، ويصبح أقل وعيًا بجسمه وأجزائه، وتنخفض دافعيته للحركة في الفراغ، وبناءً على ذلك فإن الطفل الكفيف يتأخر في جلوسه وزحفه ومشيته عن أقرانه المبصرين؛ ففقدانُ البصر يجعل البيئة من غير ملامح، وتظل قدرته على تكوين المفاهيم عما حوله محدودة، وقد يصل الطفل لسن المدرسة وخبراته محدودة حول الحركة، ودوافعه للتحرك كذلك قليلة، ويصبح لديه رغبة محدودة في معرفة كيفية التحرك

بأمان في أي بيئة جديدة؛ مما يستدعي المساعدة في توعيته بوضع جسمه وتنسيق حركاته وكل ما يساعده على تخطي هذه الصعوبات (الوقفي، ٢٠٠٤).

إن المكفوفين يتسمون بعدد من الخصائص الحركية أهمها: قصور مهاراتهم الحركية، واستخدامهم لجميع حواسهم الأخرى في تنقلهم من مكان إلى آخر، وإلى جانب محدودية حركتهم والتي تتسم بالحذر واليقظة؛ حتى لا يصطدموا بعقبات نتيجة كثرة تعثرهم، وتزداد مشكلاتهم وقصورهم الحركي كلما اتسع نطاق بيئتهم الذي يتحركون فيه (محمد، ٢٠٠٤ب، ص ٣٢٦). وهو ما أكده سليمان(٢٠٠١، ص ٨٤) فيما أورده عن كراوس Kraus من أن ذوي الإعاقة البصرية يعانون من قصور شديد في الحركة، وفي مهارات الحياة اليومية، لأن الكثير من أنشطة الحياة يعتمد أساسًا على الإدراك البصري.

وفي دراسة برامبرينج (2006) Brambring التي اشتملت على عينة شملت (٤) أطفال مكفوفين، والذين حصلوا على خدمات مكثفة من التدخل المبكر لتنمية مهاراتهم الحركية الكبيرة، كشفت النتائج أن التوازن الحركي واكتساب وتعديل الأماكن مهارات تتأخر لدى الأطفال المكفوفين.

فقد لاحظ بوتالبيه ويتال ديرون ,Portalier, &Vital–Durand (1989 p.80) أن هناك تأخرًا ملحوظًا عند المقارنة بين الطفل الكفيف والطفل المبصر في هذه المراحل، يصل إلى ما بين (٤– ٨) أشهر، بينما لاحظ آخرون أن هناك تأخرًا يصل إلى (١٥) شهرًا للدخول في مرحلة المشي الذاتي مع وجود تشتت واضح في هذه العملية.

وأشار ريان (1981) Rhyn فيما أورد سيسالم (١٩٩٧) أن مهارة المشي باستقلالية تبدأ متأخرة لدى الطفل الكفيف؛ نظرًا لارتباطها بقدرته على الثبات ودقة الحركة التي لا يتمكن منها إلا متأخرًا، ويكون أبطأ أيضا في سرعته أثناء المشي؛ بالإضافة إلى ما يواجه من العديد من المشكلات الأخرى المتعلقة بإتقان المهارات الحركية مثل: التوازن، والوقوف، والجلوس، والاحتكاك، والجري.

ويرجع القصور في المهارات الحركية لدى المكفوفين فيما يرى القريوتى، والسرطاوي، والصمادي (١٩٩٥) لعدة أسباب من بينها: نقص الخبرات البيئية والذي ينتج عنه محدودية الحركة، ونقص المعرفة بمكونات البيئة، ونقص المفاهيم والعلاقات المكانية لديه، إلى جانب القصور في التناسق الحسي الحركي، وعدم القدرة على المحاكاة والتقليد، وقلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية، والحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور؛ بالإضافة إلى أن عدم رؤيتهم للأشياء الموجودة في بيئتهم يحد من حركتهم الذاتية في اتجاه الأشياء وذلك لغياب الاستثارة البصرية.

وهناك عدداً من الآثار المرتبطة بالقصور الحركي لدى المكفوفين، وربما كان أكثرها شيوعًا إمالة الرأس، أو إزاحتها أمام خط منتصف الجسم، ويؤدى ذلك بدوره إلى إزاحة الأكتاف للأمام؛ مما يتسبب في تحدب الظهر بدرجات متفاوتة، كما أن ضعف عضلات البطن – والذي يكاد يكون شائعًا بينهم – يؤدى إلى ميل الحزام الحوضي؛ مما ينجم عنه تقعر في العمود الفقري، وينجم عنه عادة شد في أوتار عضلات الركبة، وأخيرًا فإن كثيرًا من الأطفال المكفوفين قد تنمو لديهم حالة من انكباب القدمين على افتراض أن ذلك قد حدث نتيجة تعودهم على تحسس حافة الرصيف بأقدامهم، ومن الأسباب المحتملة "لاستدارة الكتفين" هو التعود على الإمساك بكلا اليدين أمام الجسم على ارتفاع الحرقفة وبخاصة أثناء السير في الخارج على أرصفة الطرق والشوارع (إبراهيم، ٢٠٠٢).

إن الطفل الكفيف يصاب ببعض الانحرافات القوامية، وذلك لقلة حركته والتي تؤثر بالتالي على أجهزة الجسم؛ مما يؤدي إلى عدم التناسق الحركي والصعوبة في النمو، ويعد المكفوفين من أكثر فئات ذوي الإعاقة إصابة بانحرافات قوامية، وبعضهم يعاني من انحرافات متعددة، أكثرها تلك التشوهات انتشارًا بين المكفوفين حسب نسب انتشارها هي: استدارة الكتفين، وتشوهات الرقبة، وسقوط الرأس، والعنق

المائلة، وفلطحة القدمين، والتقعر القطني، وتسطح الصدر، واصطكاك الركبتين، وتقوس الرجلين – ولدى البنات تسطح القدمين، والتقعر القطني، واستدارة المنكبين، واستدارة الظهر، والالتواء الجانبي، وتسطح الصدر، واصطكاك الركبتين (حلمي، وفرحات، ١٩٩٨، ص١٦٠ ؛ وعبد الغني،١٩٩٧، ص ٤٤).

حيث يؤدي عدم تدريبه حركيًا إلى عدم سلامة حركته في الجلوس والوقوف والمشي وإعاقة نموه البدني، فالنمو الحركي يسير من الرأس إلى القدم، وهذا يقتضي أن يسيطر الطفل الكفيف على رأسه وعنقه أولاً، ثم على ظهره والجزء الأسفل منه، وأخيرًا على رجليه؛ فالتلميذ الكفيف أكثر عرضه للإصابة بالتشوهات القوامية عن أقرانه الأسوياء (وكوك، ١٩٩٩، ص ص ٢٤١– ٢٤٢).

وهكذا يتبين مما سبق أن القصور الحركي لدى المكفوفين له العديد من الآثار سلبية ليس فقط على محدودية الحركة وقصور القدرة على اكتشاف البيئة الحيطة، وإنما معاناته أيضًا من التشوهات والانحرافات القوامية، ومن ثم فإن الحاجة إلى التدريب على مهارات التوجه والحركة ضرورة ملحة للتحرك والانتقال من مكان لآخر بطريقة أكثر سلاسة وحرية.

مفهوم التوجه والحركة (المفهوم – الأهمية):

أشار هوبنر ووينر (Huebner,&Wiener,(2005 إلى أن كل من التوجه والحركة هما مزيج يمكنان ذوي الإعاقة البصرية من السيطرة على المهارات الأساسية للحياة" (p.579). ويشمل مفهوم التوجه والحركة على مصطلحين مرتبطين ببعضهما ارتباطًا وثيقًا، أولهما: التوجه (أو التعرف) Orientation ويعني عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه، وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته في مجال ما، وتمثل الجانب العقلي (كالانتباه، والتذكر،

وإدراك العلاقات). وثانيهما: الحركة (التنقل) Mobility وتعني استعداد الشخص ومقدرته على التنقل في هذا المجال، وتمثل الجهد البدني والعضلي المبذول (القريطي، ٢٠٠٥).

ويعرف هلّ (Hill, 1986) التوجه بأنه: "عملية استخدام الحواس بهدف تحديد وضع الشخص وعلاقته بالأشياء الأخرى المختلفة في بيئة الفرد". وعرفه لوجرو وويسز LaGrow and Weessies, (1994) بأنه: "قدرة الفرد على إدراك واستمرار وعيه بمكانه في الفراغ".

فيما يعرف أنتوني وبلاير وفازي وبوجراند Anthony, Bleier, Fazzi, Kish and Pogrund (2002) التوجه بأنه: "الشعور بالذات ككيان مستقل عندما يكون المرء في الفراغ، وعندما يريد أن يتحرك في هذا الفراغ، وطريقة وصوله إلى المكان الذي يريده".

وقد أورد كل من مانديل وفيسكس (Mandell & Fiscus (1981 أن التوجه هو: "القدرة على فهم العلاقة بين الذات والبيئة من خلال مدخل الحواس السليمة، في حين أشارت الحركة إلى قدرة الفرد على الانتقال بأمان واستقلال في البيئة المادية" (ص ٢٠٩). بينما يعرفها ليدون وماكجرو (١٩٩٠) بأنها: "عملية استخدام الحواس المتبقية لتحديد العلاقة المكانية بين موقع الشخص ومواقع الأشياء المهمة في البيئة".

إن مهارات التوجه تسمح للكفيف بالتعرف على ثلاث تساؤلات رئيسة هي: أين نحن؟، وأين سنذهب؟، وكيف يمكنا الذهاب إلى ذلك المكان؟ وكل ذلك من خلال تفسير المعلومات المتوفرة في البيئة (Hill & Snook– Hill, 1996).

إن مهارات التوجه تستهدف إلى تعليم التلاميذ استخدام الإشارات (العلامات) البيئية؛ مثل: الأصوات، والروائح، والمحفزات اللمسية لتوفير المعلومات اللازمة عن هذا الموقع وتمييزه عن المواقع الأخرى، فعلى سبيل المثال، قد يعرف الطفل أنه في المطبخ من

رائحة القهوة، أو أنه في غرفة المعيشة بسبب وجود التلفاز، أو من ملمس السجاد تحت قدميه، هذه المعلومات تعزز فهمه للبيئة وكيفية التحرك ضمنها.

أما الحركة فتعرف بأنها: "القدرة والاستعداد والقابلية للتحرك" (Hill & Ponder, 1976, p. 115). وعرفها هلّ (Hill, 1986) بأنها: "مقدرة الفرد واستعداده على سهولة الانتقال في البيئة الخاصة به". ويضيف ليدون وماكجرو (١٩٩٠) للتعريفات السابقة بأن الحركة هي: "قدرة الشخص على الحركة من النقطة الثابتة التي يوجد بها حاليًا إلى النقطة التي يرغب في الانتقال إليها في مكان آخر من البيئة".

فيما يعرف هلّ وسنوك هلّ (Hill & Snook– Hill, 1996) الحركة بأنها: "التنقل الآمن في البيئة الخاصة بالفرد".

وهكذا فمهارات الحركة تعني دمج تقنيات التوجه والحركة للمساعدة على التنقل ضمن البيئة بأمان وسهولة، وتشمل هذه المهارات: المشي مع شخص آخر (المرشد المبصر)، ومهارات حماية الذات، ومهارات استخدام العصا، وبالنسبة للبعض قد تشمل أيضًا استخدام الكلاب المدربة، والأدوات والأجهزة الإلكترونية (التقنيات المساعدة) (الببلاوي، ٢٠٠٩).

وينبغي ألا نخلط بين خدمات تدريب ذوي الإعاقة البصرية على التوجه والحركة، والتعريف الفيدرالي الأمريكي للتدريب على الحركة، الذي يدخل في نطاق الخدمات التعليمية الخاصة وليس في نطاق خدمات ذوي الإعاقة، وبموجب هذا التعريف، فإن التدريب على الحركة يعني: "تقديم التعلم – حسب الحاجة – للأطفال الذين يعانون من إعاقات إدراكية كبيرة، وغيرهم من الأطفال ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى هذا التعليم، بهدف تمكينهم من: تطوير إدراكهم للبيئة التي يعيشون فيها، وتعلم المهارات الضرورية للتحرك بصورة تتسم بالكفاءة والأمان من مكان لآخر في تلك البيئة (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, 2004).

إن اكتساب مهارات التوجه والحركة يشتمل على فهم الفرد لمكانه وعلاقته ببيئته وقدرته على التخطيط الفعال، والتنفيذ الآمن للحركات الهادفة من خلال البيئة من أجل الوصول إلى الغاية المأمولة، أو التي يرغبها (LaGrow & Weessies, 1994).

ونصت التعديلات التي أجريت على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات ١٩٩٧م Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) على أن خدمات التوجه والحركة "تقدم للطلاب المكفوفين، أو ضعاف البصر من قبل متخصصين مؤهلين لتمكين أولئك التلاميذ من الحفاظ على التوجه المنتظم والتحرك داخل بيئاتهم في المدرسة والمنزل والمجتمع المحلي من خلال الخطة التربوية الفردية كنقطة أساسية للتعليم اللازم لتقديم المساعدة في البرامج التربوية لكل طالب من ذوي الإعاقة البصرية (IDEA Final Regulations, 1997, §300.24(b)(6) "Related services").

ووفقاً للتنظيمات النهائية لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات لعام ٢٠٠٤، فإن:

(١) الخدمات المقدمة للطلاب المكفوفين، أو ذوي الإعاقة البصرية من قبل موظفين مؤهلين تستهدف تمكين أولئك التلاميذ من تحقيق التوجه المنظم والحركة الآمنة داخل بيئاتهم في محيط المدرسة والمنزل والمجتمع.

(٢) وتتضمن تلك الخدمات تعليم التلاميذ وفق ما يلي:

(أ) المفاهيم المكانية والبيئية واستخدام المعلومات التي تتلقاها الحواس: مثل: الصوت، ودرجة الحرارة، والاهتزازات لتحقيق والحفاظ على واستعادة التوجه وخط السفر: مثل: استخدام الصوت عند إشارات المرور لعبور الشارع.

(ب) استخدام العصا البيضاء الطويلة كأداة للتنقل بأمان في البيئة، أما التلاميذ الذين بقايا بصرية يمكنهم من السفر دون استخدام العصا.

(ج) فهم واستخدام البقايا البصرية، ومعينات تصحيح النظر لضعاف البصر، والأساليب والأدوات الأخرى (IDEA Final Regulations, 2004, §300.34(c)(6)

لقد كانت النظرة إلى تدريب الكفيف على التوجه والحركة تقتصر على تدريبه على استخدام العصا دون الحاجة إلى تطوير البرامج الفردية، أو إلى وجود مدرب متخصص يكسبه المهارات الأساسية والفردية للتوجه والحركة، بغض النظر عن تدريبه على أساليب السلامة والاستقلالية في الحركة خلال البيئة المحيطة به، أما الآن أصبح مفهوم التدريب أشمل وأوسع ويركز على مهارات مختلفة حيث إن تدريب الكفيف على الحركة من مكان لآخر يتطلب منه أن يوظف نوعين من المهارات هما: مهارات التوجه ومهارات الحركة (صالحة، ٢٠٠٨).

وتبدو أهمية تدريب الطفل الكفيف على مهارات التوجه والحركة فيما أورد الببلاوي (٢٠٠٩، ص ص ٢٢– ٢٤)؛ الحديدي (٢٠٠٢، ص ٢١٠)؛ (وسليمان (٢٠٠٥، ص ٣٧٨) في النقاط التالية:

(١) تمكنه من الاستقلالية في الحركة، ومن ثم الوصول إلى الأماكن التي لم يتمكن من الوصول إليها من قبل؛ أي أن محيط دائرة بيئته المحدود سوف يتسع ويمتد بدلاً من حدود البيئة الضيقة التي تنحصر فيما تصل إليه يداه فقط.

(٢) من خلاله يتمكن من تكوين علاقة ألفة بينه وبين بيئته المحيطة به بأن يحدد معالمها، كما يمكنه السيطرة على عناصرها من خلال التعرف على جغرافية المكان، والاتجاهات، والتقاطعات والانحدارات، ومواقع المباني... وغيرها من عناصر البيئة حتى يألفها..

(٣) تساعده على التخلص من التوتر والخوف والحذر إلى حد كبير، تلك الانفعالات التي قد يشعر بها عند تحركه، ومن ثم يصبح بإمكانه التعامل مع

الأماكن والعقبات بطريقة صحيحة؛ ونتيجة لذلك سوف يشعر بالاسترخاء الجسمي والنفسي وتزداد ثقته بنفسه وتقل الآثار السلبية المترتبة على التوتر والخوف.

(٤) إن الأنشطة والتدريبات الخاصة بزيادة كفاءة حواسه الأخرى تمكنه من تنمية هذه الحواس كي تعوضه عن فقد حاسة الإبصار، وتعينه على تمييز وإدراك الأشياء وطبيعتها وخصائصها وتحديد مواقعها في البيئة.

(٥) تشتمل برامج تدريب الطفل الكفيف على التوجه والحركة تدريب أعضاء جسمه على الحركة والمرونة من خلال ممارسة بعض الأنشطة والتمرينات الرياضية التي تجعل من جسمه أكثر استقامة ومرونة ومن حركته أكثر اتزانًا وتناسقًا.

(٦) يسهل عليه اتخاذ الأوضاع الجسمية الصحيحة عند تنقله سواء بصحبة أحد الأصدقاء، أو بمفرده حيث يمكنه الاستعداد بأوضاع الحماية الملائمة عند كل موقف.

(٧) عندما يتدرب على تنسيق واتزان حركة جسمه أثناء المشي؛ فإن ذلك يؤدى إلى عدم انحراف اتجاهه، وبالتالي لا يفقد طريقه، وكذلك تدريبه على كيفية مواجهة انحراف الاتجاه أثناء السير والعودة إلى الوضع الصحيح.

(٨) من المهارات التي يتم التدريب عليها والمرتبطة بالتوجه والحركة هي مهارات الحياة اليومية والتي يمكن أن يساعد في أدائها؛ مثل: غسل الملابس، وترتيب الفراش، وتنظيف المكان، وتحديد موقع الطعام والشراب والأثاث... وغيرها من المهارات.

(٩) يعد التدريب على التوجه والحركة من الأساليب التي تساعد الطفل الكفيف على حماية نفسه من المخاطر التي يمكن أن يواجهها خلال تنقله في البيئة كأن

يتمكن من التسلق إذا سقط في مكان منخفض، أو الجري للابتعاد عن خطر قادم، أو الاندفاع إذا ما سقط عليه جسم عند سيره.

(١٠) يساعد على تنمية مهارات العناية بالذات: مثل: الاستحمام، وقضاء الحاجة، وارتداء الملابس، والنظافة الشخصية، والعناية بالملابس، والمحافظة على نظافتها، نتيجة اكتساب مهارات تحديد مواقع الأشياء، وكيفية استخدامها بشكل مناسب.

(١١) تدعم توافقه مع مجتمعه، وتدفعه إلى الانخراط في الأنشطة المختلفة.

وفي حال إذا ما عجز الكفيف عن تطوير مهاراته في التنقل والحركة: فإنه بالتأكيد سيظل عاجزاً عن الخروج بمفرده، ويضطر على الاعتماد على غيره في كافة انتقالاته، ومن ثم يمكن القول أنه سيظل في حاجةٍ دائمة إلى من يتولى قيادته إلى المكان الذي يريد الوصول إليه: ومن هنا يجب التأكيد على أن الطفل الكفيف في حاجة إلى أن يبدأ في التدرب على التنقل والحركة منذ سنوات عمره الباكرة، في بيئته الأسرية وداخل أرجاء الحي الذي يقطنه، ثم داخل بيئة المدرسة ثم في مجتمعه المحلي على وجه العموم.

أخصائي التوجه والحركة:

في نهاية الخمسينيات من القرن الماضي بذلت الجهود لتحقيق معايير مهنية في المجال التدريب على التوجه والحركة، ومن خلال قانون التأهيل المهني Vocational Rehabilitation Act تم توضيح آليات إعداد متخصصين للتدريب على التوجه والحركة، وبعد ذلك أكدت توصيات المؤتمر القومي لتأسيس سياسات ومتطلبات المكفوفين في أمريكا عام ١٩٥٩ national conference of the American Foundation for the Blind على ضرورة توفير برامج جامعية لإعداد متخصصين في التوجه والحركة، تلك الجهود دعت المكتب الفيدرالي للتأهيل المهني لتقديم الدعم

لإنشاء أول برنامج جامعي لإعداد هؤلاء المتخصصين خلال فترة الستينيات (Weiner & Siffermann, 1997).

وأشار قسم التربية بالولايات الأمريكية بأن المتخصصين في مجال التوجه والحركة سواء من الذين تدعمهم الولاية، أو الذين يدعمون على المستوى القومي من المسموح لهم أن يقوموا بتعليم التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية مهارات التوجه والحركة في المدارس، وفي مثل هذه الولايات تم تعيين معلمين مؤهلين للعمل مع هؤلاء التلاميذ ممن استكملوا البرامج الجامعية في التدريب على التوجه والحركة، ومنحهم رخصة من قسم التربية في الولاية لتدريب التلاميذ على التوجه والحركة في المدارس التي تضم ذوي الإعاقة البصرية (State Department of Education, 2008).

وقد نص القانون الأمريكي لتعليم الأفراد ذوي الإعاقات عام ١٩٩٧م (IDEA) "الجزء الفرعي، قسم ٣٠٠.٢٤ (ب) (٦)"، وقانون مساعدة الولايات لتعليم الأطفال ذوي الإعاقات States for the Education of Children with Disabilities Act وتعديل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات لعام ٢٠٠٤م، على أن يعمل أخصائي التوجه والحركة كعضو في الفريق متعدد التخصصات المنوط به تطوير وتنفيذ البرامج التربوية الفردية للأطفال ذوي الإعاقة البصرية (Joffee & Ehresman, 1997).

ومع وجود التشريع الفيدرالي الأمريكي الذي يدعو إلى تعليم الأطفال من قبل موظفين مؤهلين تأهيلاً عاليًا؛ فمن الضروري أن توظف المناطق التعليمية أخصائي التوجه والحركة المؤهلين تأهيلاً عاليًا، من خريجي البرامج الجامعية المتخصصة في إعداد أخصائي التوجه والحركة ممن اجتازوا معيار التقويم بأقسام التعليم بإحدى الولايات (No Child Left Behind Act of 2001).

وبعض أقسام التعليم بالولايات الأمريكية على سبيل المثال تتطلب أن يكون لدى أخصائي التوجه والحركة شهادة ثنائية كمعلم للأطفال ذوي الإعاقة البصرية

وأخصائي توجه وحركة، بينما تتطلب أقسام التعليم بولايات أخرى شهادة مهنية فقط من هيئة معتمدة مثل أكاديمية إجازة مهني التأهيل والتعليم البصري the Academy for Certification of Vision Rehabilitation and Education Professionals. وقد يكون أحد، أو كلا المتطلبين السابقين ضروريان للتوظيف في مدرسة عامة، وبإيجاز، تهدف خدمات التوجه والحركة إلى جعل التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية قادرين على التحرك بشكل آمن ومستقل.

إن خدمات التوجه والحركة تقدم بشكل أساسي من خلال أخصائي مدرب ومؤهل لتعليم ذوي الإعاقة البصرية المهارات التي تعينهم على التنقل الآمن؛ إضافة إلى ذلك فهو يعد مسؤولاً عن التدريب الأكثر تقدماً لمهارات التوجه والحركة؛ مثل: تعلم استخدام العصا، وعبور الشوارع، وأيضًا يعمل كمستشار لتقديم بعض المهام التعليمية الأساسية – مثل مراقبة السفر –للمعلم، أو أحد الآباء، أو المهني غير المتخصص الذي يتفاعل مع الطالب بشكل يومي (الببلاوي، ٢٠١٠).

وعندما تكون هناك حاجة إلى خدمات التوجه والحركة، فإن فريق البرنامج التربوي الفردي يقدم توصية تتضمن الأهداف العامة والخاصة والوقت المخصص للتعليم ومكان التعليم (Griffin- Shirley & Nes, 2004). وأخصائي التوجه والحركة هو أحد أعضاء الفريق متعدد التخصصات المسؤول عن تطوير وتطبيق البرنامج التربوي الفردي للأطفال ذوي الإعاقة البصرية (Silberman, Sacks & Wolfe, 1998; Smith & Levack, 1996).

ويؤدي أخصائي التوجه والحركة دورًا مهمًا في تقييم التلاميذ، حيث يناط به تطوير وتقييم مهارات التوجه والحركة لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية لتحديد طبيعة ومدى الخدمات المطلوبة، ويتم هذا التقييم بالتعاون مع فريق التقييم (Huebner, Merk- Adam, Stryker, Wolffe, 2004). إذ يقع على عاتق

أخصائي التوجه والحركة مسؤولية تصميم وتطبيق النشاطات المستمرة لتعليم المعلمين وغيرهم من المهنيين والمهنيين غير المتخصصين والمديرين والآباء ومتلقي الخدمات (أي الأفراد ذوي الإعاقة البصرية) مهارات التوجه والحركة (Griffin– Shirley, Trusty & Rickard, 2000). وهذا ما سبق أن أكدته نتائج دراسة توماس (1995) Thomas من أن التدريب على الحركة مسؤولية مشتركة بين المعلمين والآباء وأخصائي التوجه الحركة.

إذ يجب أن يكون هناك وعي واسع بمهارات التوجه والحركة في البيئات المدرسية حول أهمية تدريب التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية على مهارات التوجه والحركة، وأن يتضمنا – التوجه والحركة – مدخلاً متمركزًا حول الطفل، وتعاونيًا وقائمًا على فرق متعددة التخصصات كي يتسنى تلبية الاحتياجات التدريبية المتنوعة لهؤلاء التلاميذ (Silberman, Sacks & Wolfe, 1998).

ولذلك لن يكون تعليم التوجه والحركة ذو تأثير كبير على الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ما لم يتم إشراك الآباء ومقدمي الرعاية وأفراد الأسرة في العملية، ولهذا يُعهد لأخصائي التوجه والحركة مسؤولية تقديم التدريب للطلاب وآبائهم، كما يجب عليه أيضًا إلى جانب العمل بشكل تعاوني مع أفراد الأسرة في تطوير أهداف واقعية، أن يطور مناشط محددة يمكن للآباء وأفراد الأسرة أن يطبقوها في بيئة المنزل لضمان استمرارية التعليم (Fazzi & Petersmeyer, 2001).

ويجب أن تقدم مناشط حول وأهداف برنامج التوجه والحركة، ودور الأخصائي، ويجب أن تركز هذه المناشط أيضًا على أدوار كل موظفي المدرسة الملائمين في تطوير وتعزيز نمو المفاهيم، والتدريب على المهارات الحسية، والنمو الحركي، ومهارات التوجه والحركة، وكي يكون التدريب على التوجه والحركة فعالاً؛ فيجب أن يُدمج في المناهج والنشاطات المدرسية، وأن يدعم ويعزز من قبل كل الأفراد المرتبطين بالطالب (Griffin– Shirley, Trusty & Rickard, 2000).

ومن أهم أدوار ومسؤوليات أخصائي التوجه والحركة Pogrund, Healy, Jones, Levack, Martin– Curry, Martinez, et al. 1995; Whitstock, Franck & Haneline, 1997؛ والببلاوي، (٢٠٠٩) ما يلي:

(١) إجراء تقييم للرؤية الوظيفية.

(٢) تدريب التلاميذ بمواقع مختلفة.

(٣) إجراء تقديرات تركز على حاجات الطالب قريبة وبعيدة المدى.

(٤) تعليم التلاميذ الحركة والسفر ببراعة وأمان في البيئات المألوفة والغريبة.

(٥) وضع خطة تربوية فردية تتناسب مع حاجات الطالب وأهداف متسلسلة.

(٦) مساعدة التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية وضعاف البصر على تطوير مهارات تمكنهم من الحركة بشكل مستقل.

(٧) تقديم الاستشارة للأسر ومعلمي التربية الخاصة والعاديين، وموظفي المدرسة، والأقران.

(٨) استعمال أدوات ومواد وأجهزة لتطوير مهارات التوجه والحركة مثل: الخرائط اللمسية، نماذج، معينات بصرية مثل العدسات والتلسكوب، العصا البيضاء.

(٩) تقييم الطفل، والعمل بالتعاون مع جميع أعضاء الفريق، بما فيهم الآباء، من أجل التصدي لاحتياجات الطالب في تطوير مهارات التوجه والحركة.

(١٠) تقديم التدريب المتعلق بتطوير المهارات والمعارف التي تمكن الطالب من الحركة بصورة مستقلة وبأعلى درجة ممكنة، على أساس الاحتياجات التي يتم تقييمها والخطة التربوية الفردية الخاصة بالطالب.

(١١) إعداد واستخدام المعدات والمواد مثل الخرائط اللمسية والنماذج، وأدوات الرؤية لمسافات بعيدة لضعاف البصر، والعصي الطويلة، بهدف تطوير مهارات الإحساس بالموقع والاتجاه والحركة.

(١٢) تدريب الطالب الكفيف كيف يمكنه التنقل بكفاءة وأمان وثقة في البيئات المألوفة وغير المألوفة لديه.

(١٣) تقديم خدمات المشورة والمساندة للآباء ومعلمي التعليم العام والتربية الخاصة وغيرهم من العاملين بالمدارس، إلى جانب الأقران المبصرين.

(١٤) التعاون مع المعلم المؤهل في مجال الإعاقات البصرية على إجراء التقييم الوظيفي للقدرات البصرية فيما يتعلق بالقدرة على الحركة بالاعتماد على الذات.

(١٥) نقل التلاميذ إلى مختلف المواقع داخل البيئية حسب الحاجة لتقديم تعليم مفيد في بيئات واقعية.

(١٦) تقديم التدريبات الخاصة بالإحساس بالموقع، والاتجاه، والحركة في عدد من المناطق المحددة، حسب الحاجة.

(١٧) يزود الفريق بالنشاطات التي تعزز مهارات الحركة وفهم البيئة، كما يساعد في تحليل بيئات المنزل والمدرسة، ويقدم توصيات للاستراتيجيات التي يمكن أن تحسن قدرة الطفل على التحرك داخلها، وتحقيق فهم أفضل بها.

كما يزود أخصائي التوجه والحركة ذوي الإعاقة البصرية فيما أورد (صالحة، ٢٠٠٨) بمعلومات عن الجوانب التالية: وعي الجسم، والمفاهيم البيئية، والمكانية، ومفاهيم الاتجاه، ومهارات التوجه، وتقييم تقدم التلاميذ، وإجراءات المرشد المبصر، ومهارات الحياة اليومية، والمهارات الحس الحركية، واستعمال المعينات البصرية، واستعمال وسائل النقل العامة، وتحفيز وتدريب الوعي الحسي، وتقنيات حماية الجسم وجمع المعلومات، وإجراءات التفاعل والتواصل مع الآخرين، والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة المتعلقة بالحركة، وإجراءات عبور الشوارع؛ ومن ضمن ذلك إشارات المرور، وإجراءات استعمال الهاتف.

العوامل المؤثرة في عملية تعلم الكفيف لطرق وأساليب الحركة والتنقل:

إن طبيعة الإعاقة البصرية - كباقي الإعاقات - تتسم بالاختلاف والتباين الناتج عن درجة وشدة الإعاقة والزمن الذي حدثت فيه الإعاقة وكذلك ما ارتبط بذلك من اختلاف شديد في نوعية الخبرات والمعلومات والمهارات التي يكتسبها الطفل الكفيف والتي تؤثر بدورها على عملية تدريبه وتعلمه طرق وأساليب الحركة والتنقل إضافة إلى أن هناك عوامل أخرى تؤثر بشكل فعال على تلك العملية كاستعداد حواسه المتبقية للعمل والتدريب ومعدل ذكائه وحالته النفسية والتسهيلات التي تقدم للكفيف ودافعيته لقبول التدريب ودرجة تفاعله الاجتماعي وغيرها من العوامل ذات الصلة بعملية التدريب والتعلم وحتى تبدو أهمية تلك العوامل ومدى تأثيرها على عملية التدريب وتعلم الكفيف الطرق وأساليب الحركة والتنقل تطرحها بشيء من التفصيل فيما يلي:

{١} درجة وقوة واستعداد الحواس المتبقية:

إن القصور الذي تخلفه الإعاقة البصرية لدى الطفل الكفيف يدفعه إلى الاعتماد بشكل مباشر على حواسه الأخرى تعويضا للنقص الناتج عن ذلك القصور إذ يستخدم تلك الحواس بعد تدريبها تدريبا شاقا ومتواصلا وتكييفها لأداء بعض المهام التي هي في الأصل من مهام حاسة الإبصار فعلى سبيل المثال يستخدم حاسة السمع أصلا في سماع الأصوات وتلقي التعليمات والمعلومات والمفاهيم كما يستخدمها باقي الأفراد العاديون ولكنه إضافة إلى ذلك يوظف هذه الحاسة توظيفاً إضافيًا لاستخدامها في تحديد مصدر الصوت واتجاهه وتحديد الاتجاهات والمسافات والتعرف على العوائق والحواجز والتمييز بين الأماكن والمواقع وترجمة المفاهيم المسموعة إلى أشياء وعناصر مادية وكل هذه المهام وغيرها من الوظائف الرئيسة لحاسة الإبصار،

كما أنه يستخدم حاسة اللمس كما يستخدمها المبصرون في التمييز بين الملموسات سواء من ناحية حرارتها، أو ملمسها وكتلتها وكذلك إضافة إلى تلك المهام يوظفها لاستخدامها في القراءة وفي التعرف على الحواجز والعوائق والسطوح والأشكال والأحجام وإدراك العلاقة بينها جميعا وتعد تلك من المهام الأساسية لحاسة الإبصار وكذلك الحال بالنسبة لحاستي الشم والتذوق وهذا يعني أن أي خلل، أو نقص، أو قصور في تلك الحواس المتبقية من حيث قدرتها واستعدادها وكفاءتها يعني قصورا بما تستقبله تلك الحواس ومن ثم قصورا في كل ما يترتب على ذلك من مهارات، أو معلومات، أو طرق وأساليب يتعلمها الكفيف خلال عملية تدريبه على الحركة والتنقل باستقلالية أضف إلى ذلك القصور الناتج عن الإعاقة البصرية فلنا أن نتخيل ما سوف يترتب على ذلك من مصاعب ومشكلات تواجه الكفيف خلال عملية الحركة والتنقل أضفنا إلى ذلك قصورا آخر ناتجا عن عدم توفر الفرص المناسبة لتدريب تلك الحواس، أو وجود تلك الفرص ولكن مع أساليب تدريبية غير مناسبة كل ذلك سوف يؤثر بشكل سلبي على عملية التدريب والتعلم التي يتعرض لها الطفل الكفيف لإكسابه مهارات الحركة والتنقل بشكل منصف بقدر من الاستقلالية.

{٢} معامل ذكاء الكفيف:

لاشك أن معامل الذكاء يرتبط بشكل مباشر بعملية تدريب الطفل الكفيف وإكسابه المهارات والمعلومات اللازمة لعملية التنقل: فالذكاء كمحصلة للقدرات، أو كقدرة عامة يشتمل على العديد من القدرات الطائفية والفرعية التي ترتبط بمهارات الطفل وإمكانية اكتسابها وخاصة تلك القدرات التي تمكنه من اكتساب المعلومات وتوظيفها وإدراك العلاقات والربط بينها والتذكر والتخيل والفهم والتمييز وغيرها من القدرات العقلية التي تسهم إسهاما فعالا في عملية تدريبه وتعليمه طرق ووسائل

الحركة والتنقل فارتفاع درجة فاعلية تلك القدرات يعني ارتفاعا في معامل الذكاء كما يعني بوجه آخر سرعة في اكتساب المهارات والمعلومات وتوظيفها ومهارة أفضل في الأداء من حيث المستوى واتقانه لما يتم تعلمه بالقدر الذي يؤهل الفرد للحركة والتنقل بسهولة ومرونة وبشكل أفضل أي انه كلما كان معامل ذكاء الطفل الكفيف أعلى كلما كان أكثر إقبالا على التدريب واستيعابا للمعلومات واكتسابا للمهارات وسرعة في الأداء واتقانا لتوظيف الحواس وللربط بين العلاقات ومن ثم إمكانية الحركة والتنقل باستقلالية وأمان.

{٣} الحالة النفسية للكفيف:

من الثابت علميا أن الاتزان الانفعالي والاستقرار النفسي من العوامل المهمة والمؤثرة بشكل مباشر في حياة الفرد سواء كان فردا عاديا. أو غير عادي ذلك أن هذا العامل يمكن الفرد من التفكير السليم والتعامل بشكل ايجابي مع المشكلات والتفاعل السوي مع المواقف المختلفة وكذلك سرعة اتخاذ القرارات الصحيحة في الوقت المناسب وغيرها من التداعيات الايجابية التي تتولد عن الاستقرار والاتزان النفسي والوجداني ولاشك في أن تؤثر تلك الحالة إلى حد كبير على عملية تدريب الكفيف وتعلمه واكتسابه للمهارات والمعلومات التي تمكنه من الحركة والتنقل فاستقرار الحالة النفسية للكفيف واتزانها يساعده على التفاعل بايجابية مع المواقف والخبرات المعرفية والاجتماعية ويمكنه من سرعة إدراك تلك المواقف واستنتاج عناصرها والربط بين جميع عناصر الموقف للخروج بمعلومات ودلالات إرشادية تيسر له عملية التنقل والحركة. أو اتخاذ ما يصل إليه من قرارات ترتبط بالموقف الذي يكون بصدده أما عدم الاتزان النفسي والانفعالي فسوف يؤدي به إلى التردد والتشكك وبطء التفكير والسلوك الذي يمكن أن يترتب عليه نتائج لا تكون غالبا في صالحه بل يمكن أن تؤدي إلى تعقيدات وصعوبات أكثر في الموقف الذي يمر به.

{٤} تسهيلات المجتمع للكفيف:

إن الدعم الاجتماعي الذي يلقاه الكفيف من المجتمع سواء كان ماديا، أو معنويا له من التأثير على عملية تدريبه وتعليمه ما يعمل على دفعها للأمام واستمرارها، أو التباطؤ فيها وأحيانا عدم الإقبال عليها ذلك أن طبيعة ما يقدم للكفيف من تسهيلات مادية كالأجهزة والأدوات والمدربين المؤهلين ذوي الخبرة ومواعيد التدريب وأماكنه ووسائل التعزيز والتشجيع المادية وغير ذلك وكذلك التسهيلات المعنوية كالاتجاهات الايجابية وأساليب التنشئة والرعاية الوالدية وأساليب التشجيع المعنوية كل ذلك من شأنه أن يؤثر تأثير بالغ في عملية التدريب والتعلم كما وكيفا وبالتالي يؤثر على استجابة الكفيف وردود أفعاله حيال المواقف المختلفة التي يواجهها خلال عملية الحركة والتنقل.

{٥} الدافعية للتدريب:

تتأثر عملية تدريب الكفيف على الحركة والتنقل بمدى دافعيته وحماسه إلى ذلك ورغبته في تلك العملية وذلك يعني أن قوة إقباله على التدريب وانخراطه فيه وتحمله لما يواجهه من مصاعب وتفهمه للإجراءات والخطوات والمعلومات يتوقف على تلك الدافعية التي تتأثر بالكثير من العوامل المتصلة بذات العملية كالاتجاهات أي اتجاهاته نحو ذاته واتجاه الآخرين نحوه وأساليب التنشئة والإمكانيات وتوافرها والحالة النفسية والصحية للكفيف والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة ومفهوم فقدان النظر وطبيعة الخدمات والتسهيلات المقدمة ومدى الدعم والمؤازرة فكلها تعد منظومة واحدة تتفاعل أبعادها وعناصرها لتثمر في النهاية دافعية نحو العمل باهتمام وحماس، أو بتواكل وعدم اهتمام، أو بالانصراف عن العمل تماما، لذا فإن دافعية الكفيف لقبول عملية التدريب والتعلم على الحركة والتنقل، أو عدم اقتناعه بها تعد عاملا هاما في تلك العملية سواء بتوافر الدافعية بدرجات قوتها المختلفة، أو عدم توافرها من الأساس.

{٦} خبرات الكفيف السابقة:

ويقصد بالخبرات السابقة للكفيف هي ما تم اكتسابه من معلومات ومهارات ومفاهيم وأساليب سلوك وغيرها قبل الانخراط في عملية التدريب وتعد من العوامل ذات الأهمية والتأثير المباشر في تلك العملية إذ أن الخبرات السابقة للكفيف تساعده في فهم وتفسير وإدراك طبيعة ما يصادفه، أو يعترضه خلال عملية الحركة والتنقل من مفاهيم، أو معلومات، أو علاقات، أو عناصر في البيئة، أو علامات إرشادية وبالتالي تمكنه من إدراك العلاقات والربط بينها للقيام بسلوك ما بناء على ذلك، أو عدم القيام به كما أنها تيسر له عملية الاستنتاج وإدراك المفاهيم والتي تعد عنصرا هاما في أسلوب مواجهة الكفيف لما يعترضه من عوائق وعقبات خلال عملية تنقله وتتأثر الخبرات السابقة للكفيف كما وكيفا بعدد من العوامل المهمة كالزمن الذي حدثت فيه إعاقته البصرية ودرجة هذه الإعاقة وأسلوب التنشئة الوالدية وما كان يتبع مع الكفيف منذ نشأته وكذلك قدرة الكفيف على التركيز والانتباه إضافة إلى الوضع الثقافي الأسري ومدى توفر الإمكانيات والوسائل الثقافية واستخدامها في الأسرة وغيرها من العوامل التي تلعب دورا هاما في تشكيل الخبرات السابقة للكفيف والتي تؤثر بدورها في كيفية اكتسابه للمعلومات والمهارات وتوظيفها أثناء عملية التدريب على الحركة والتنقل التي يتعرض لها الكفيف.

{٧} التفاعل الاجتماعي للكفيف:

إن تعامل الطفل الكفيف مع البيئة المحيطة من حوله سواء كانت أشخاصا، أو مواقف، أو عناصر، أو أحداثا له من التأثير قدر بالغ الأهمية لا يمكن إغفاله حيث أن تفاعل الكفيف مع تلك المفردات يمكنه من اكتساب المفاهيم والمعلومات والمهارات التي تسهم بقدر لا بأس به في عملية التدريب، فالكفيف باحتكاكه بالأشخاص سواء كانوا أخوة، أو أصدقاء، أو جيران يكتسب منهم معلومات ومفاهيم دقيقة وصحيحة عن كل

ما يجري في البيئة وعن الأحداث والمواقف المختلفة، كما أن تعرضه للمواقف والأحداث تعطي له صلابة وقدرة على التحمل وإدراكا لكيفية التعرف مع تلك المواقف ومعرفة طبيعتها، كما أن اشتراك الكفيف في الأنشطة الثقافية والاجتماعية والترفيهية والرياضية _ المناسبة له _ تكسبه خبرات ومعلومات ومهارات لا حدود لها وتخرجه من عزلته، أو عالمه المحدود كل ذلك يزيد تفاعله الاجتماعي ويولد لديه رغبة في التحرك والتنقل ومحاولة الإطلاع على كل ما يدور في البيئة ومن ثم يساعده ذلك في إتقان التدريب وإجادة الطرق والأساليب المتبعة وكيفية تحليل المواقف والأحداث التي يتعرض لها ومن ثم اختيار الأسلوب المناسب لكل موقف حسب ما تمليه عليه عمليات الربط والاستنتاج التي يتوصل إليها.

أهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة والتنقل:

لقد كانت النظرة إلى تدريب الكفيف على التوجه والحركة والتنقل تقتصر على تدريبه على استخدام العصا دون الحاجة إلى تطوير البرامج الفردية، أو إلى مدرب متخصص يكسبه المهارات الأساسية والفردية للتوجه والحركة والتنقل والتي سبق الإشارة إليها بغض النظر عن تدريبه على أساليب السلامة والاستقلالية في التنقل خلال البيئة المحيطة به أما الآن فأصبح مفهوم التدريب أشمل وأوسع ويركز على مهارات مختلفة حيث أن تدريب الكفيف على الحركة من مكان لآخر يتطلب منه أن يوظف نوعين من المهارات هما مهارات التعرف ومهارات التنقل وتعني الأولى استخدام الحواس المختلفة لمعرفة الجسم وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة لأن عملية معرفة الأشياء المحيطة ووعي الكفيف بها إنما هي نتيجة الممارسة والتدريب بينما تعني الثانية مهارات التوازن والوقوف والجلوس والاحتكاك والاستقبال والدفع والصعود والقفز والمشي وغيرها من المهارات التي تكون فيما بينها حركة الكفيف وتبدو أهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والتنقل فيما يلي:

(١) يعد التدريب على التوجه والتنقل من الأساليب التي تساعد الكفيف على حماية نفسه من المخاطر التي يمكن أن يواجهها خلال تنقله في البيئة كأن يتمكن من التسلق إذا سقط في مكان منخفض، أو الجري للابتعاد عن خطر قادم، أو الدفع إذا ما سقط عليه جسم عند سيره.

(٢) إن الأنشطة والتدريبات الخاصة بزيادة كفاءة حواسه المتبقية تمكنه من تنمية هذه الحواس كي تعوضه عن فقد حاسة الإبصار وتعينه على تمييز وإدراك الأشياء وطبيعتها وخصائصها وتحديد مواقعها في البيئة.

(٣) إن تدريب الكفيف على مهارات التوجه والتنقل تمكنه من الاستقلالية في الحركة ومن ثم الوصول إلى الأماكن التي لم يتمكن من الوصول إليها من قبل أي أن محيط دائرة بيئته المحدود سوف يتسع ويمتد بدلا من حدود البيئة الضيقة التي تنحصر فيما تصل إليه يداه فقط.

(٤) تشمل برامج تدريب الكفيف على التوجه والتنقل تدريب أعضاء جسمه على الحركة والمرونة بواسطة بعض الأنشطة والتمرينات الرياضية التي تجعل من جسمه أكثر استقامة ومرونة ومن حركته أكثر اتزانا وتناسقا.

(٥) إن إتقان مهارات الحركة والتوجه والتنقل تساعد الكفيف على التخلص من حالات التوتر والخوف والحذر إلى حد كبير والتي يتعرض لها عند تحركه حيث يمكنه التعامل مع الأماكن والعقبات بطريقة صحيحة ونتيجة لذلك سوف يشعر بالاسترخاء الجسمي والنفسي وتزداد ثقته في نفسه وتقل الآثار السلبية المترتبة على التوتر والخوف.

(٦) عندما يتدرب الكفيف على تنسيق واتزان حركة جسمه أثناء المشي فإن ذلك يؤدي إلى عدم انحراف تجاهه وبالتالي يفقد طريقه وكذلك تدريبه على كيفية مواجهة انحراف الاتجاه أثناء السير والعودة إلى الوضع الصحيح.

(٧) من خلال التدريب على مهارات التوجه والحركة يتمكن الكفيف من علاقة ألفة بينه وبين بيئته المحيطة به بأن يحدد معالمها كما يمكنه السيطرة على عناصرها من خلال التعرف على جغرافية المكان والاتجاهات والتقاطعات والانحدارات ومواقع المباني ونظام ترقيمها وكذلك المحال التجارية والشوارع وغيرها من عناصر البيئة حتى يألفها ويمكنه التنقل فيها باستقلالية إلى حد كبير.

(٨) يمكن للكفيف عن طريق برامج التدريب على مهارات التوجه والحركة أن ينمي مهارات العناية بالذات كالاستحمام وقضاء الحاجة وارتداء الملابس والنظافة الشخصية والعناية بالملابس والمحافظة على نظافتها نتيجة اكتساب مهارات تحديد مواقع الأشياء وكيفية استخدامها بشكل مناسب.

(٩) يساعد التدريب على مهارات التوجه والحركة الكفيف على أن يؤدي بعض المهارات الأخرى المرتبطة بالحياة بشكل عام وبالعمل الذي يقوم به على وجه الخصوص كاستخدام النقود واستخدام الحاسب الآلي وإعداد الرسائل والعلاقة بين صوت السيارة وحجمها وسرعتها وكذلك أبواب الدخول والخروج ومكان المصعد، أو الدرج وغيرها من المواقع داخل مكان عمله.

(١٠) التدريب على مهارات التوجه والحركة يسهل للكفيف اتخاذ الأوضاع الجسمية الصحيحة عند تنقله سواء بصحبة أحد الأصدقاء، أو بمفرده حيث يمكنه الاستعداد بأشكال أوضاع الحماية الملائمة عند كل موقف والأشكال التالية توضح بعضا من أوضاع الحماية الجسمية المتعددة التي يلجأ إليها الكفيف عند تنقله.

من الثابت أن النواحي المعرفية الاجتماعية تتأثر بالتأخر في المهارات الحركية إلى مرحلة تتعدى مرحلة الاستعداد وفي حالة الطفل الكفيف يجب التدخل لتوفير بدائل عن

الإعاقة البصرية وذلك عن طريق التركيز على تدريب اللمس والسمع لمساعدة الطفل على الوصول إلى الأشياء وليس هذا فحسب وإنما نأخذ الممارسات التربوية لمواجهة هذا الطفل أشكالا مختلفة أخرى، ولما كان الهدف من تنمية المهارات الحركية للطفل الكفيف هو تحقيق الاستقلال الذاتي له فيجب عدم إغفال أن التنقل المستقل يعد جزءا هاما من استقلالية هذا الطفل والذي تسبقه مهارات متعددة من أهمها القدرة على فهم الاتجاهات وطبيعة وضع الجسم في فراغ المكان وكذلك معرفة أجزاء الجسم والمهارات المتعلقة بحركة الجسم وغالبا ما يفتقر الطفل الكفيف إلى هذه المهارات بسبب عدم تشجيع الأهل وحماية الطفل حماية زائدة فتصبح خبرته محدودة بحدود بيئته المنزلية فإذا ما انتقل الطفل إلى بيئة غيرها تجنب التنقل في تلك الأماكن وبالطبع فكلما زادت درجة الإعاقة البصرية لدى الطفل أصبحت للمعيقات التي تعيق النمو الحركي تأثيرا أكبر، كما أن الفروق الحركية بين الطفل الكفيف وزميله المبصر تصبح أقل كلما تقدم العمر، وأيضًا فإن قدرات الطفل الكفيف في نواحي التوازن الجسدي والوضع العام للجسم والركض والرمي والتصور الجسدي جميعها تبدو بشكل عام ضعيفة.

وهناك من يعتقد بأن التأخر الحركي لدى الطفل الكفيف له علاقة بعدد من العوامل النفسية والتربوية ومن أهمها:

(١) الحماية الزائدة من جانب أولياء أمور الأطفال المكفوفين.

(٢) ضعف ثقة الطفل الكفيف بنفسه وكذلك ثقته بالآخرين.

(٣) الارتباط بين محاولات الاستكشاف من جانب الطفل الكفيف وعدم شعوره بالأمن النفسي.

(٤) عدد من العوامل الإدراكية.

(٥) التخيل الجسدي للطفل الكفيف ووضع جسمه في فراغ المكان الذي يوجد فيه.

(٦) عدم محاولة الطفل الكفيف الوصول إلى المثيرات الصوتية في بيئته.

ويمكن باستخدام بعض الطرق التي يراعى فيها العوامل السابقة أن يتم التأثير فيها ايجابيا على ذلك التأخر الحركي لدى الطفل الكفيف كما يلي:

(١) توجيه الطفل الكفيف بشأن الوضع المناسب لجسمه وذلك منذ مرحلة الطفولة المبكرة.

(٢) تعليم الطفل الكفيف المهارات الحياتية اليومية الخاصة بحياته وكذلك مهارات التعرف والتوجيه في بيئته قبل دخول المدرسة.

(٣) استخدام الصوت في بعض التمارين ليتمكن الطفل الكفيف من محاولة الوصول إلى الأشياء والإمساك بها واكتشافها.

(٤) حفز الطفل الكفيف وتشجيعه على أن يعطي المعنى المناسب للصوت الذي يسمعه بعد تكرار سماعه.

(٥) إكساب الطفل الكفيف المهارات الرياضية التقليدية؛ مثل: القفز، والركض، والرمي، والدحرجة... وغيرها.

(٦) التدريب المتواصل لحاسة اللمس واستخدامها وتشجيع الطفل الكفيف على لمس أجزاء جسمه ولمس الآخرين ولمس الأشياء المختلفة في البيئة والتفريق بين كل هذه الملموسات.

(٧) تدريب الطفل الكفيف على استخدام الإيماءات التي يستخدمها زميله المبصر والمقبولة اجتماعيا حتى يكون على دراية بمعناها وكيفية استخدامها في المواقف المناسبة.

(٨) تهيئة بعض الأنشطة المختلفة والتي تتطلب من الطفل الكفيف استخدام مهاراته الحركية الدقيقة بجانب التآزر اليدوي؛ مثل: اللعب بالخرز، والمكعبات، واستخدام المقص، والمثقاب ...وغيرها وذلك تمهيدا لتطور المهارات الأكاديمية المدرسية الخاصة به والتي يحتاجها عند تعلمه لطريقة القراءة والكتابة ببرايل.

إن هذه الطرق وغيرها كثير إنما تتطلب بذل الجهد بل كثيرا من الجهد وخاصة في مرحلة طفولة الطفل الكفيف المبكرة حتى يمكنه التعلم واكتساب المهارات الحركية الضرورية وذلك عن طريق العديد من استراتيجيات التعلم المباشر حتى يصل إلى مستوى أقرانه المبصرين وتبغي أن يركز المربون على استخدام كافة أنواع المعززات الايجابية المناسبة لحالة الطفل الكفيف لتطوير سلوكياته المقبولة ومحاولة تعديل غير المقبول منها، أو تغييره.

ويرى (ويلش وآخرون ١٩٨٣) أن التنقل بالنسبة للطفل الكفيف لابد أن يحدث سواء تم تدريبه رسميا على مهارات الحركة والتنقل، أو لم يتم تدريبه إلا أن الطفل الكفيف الذي تم تدريبه يختلف عن الآخر الذي لم يتم تدريبه حيث أن الطفل الأول يمكنه التنقل باستقلالية وبثقة عالية ويتطلب التنقل قدرة الفرد على التحرك من مكان إلى آخر وكذلك التكيف الفعال مع الظروف البيئية المحيطة وهناك عدد من العوامل التي تؤثر على استقلالية الطفل الكفيف أثناء تنقله وهذه العوامل تتعلق إما بالفرد ذاته كقدراته الحركية والنفسية والانفعالية والمعرفية، أو بالبيئة، أو المجتمع الذي يعيش فيه الفرد من حيث خصائص أفراد المجتمع وعناصر هذه البيئة ومكوناتها وفيما يلي توضيحًا لهذه العوامل:

أ- العوامل المتعلقة بالفرد:

١- العوامل النفسية:

يقصد بها وعي الفرد بأجزاء جسمه وأسماء هذه الأجزاء وطبيعة كل جزء وشكله ومفهومه وتخيله له وردود فعله نحو جسمه من حيث التقبل، أو الرفض وكذلك وعيه لمواقع أجزاء جسمه المختلفة في أي ظرف من الظروف وفي الفراغ الذي يعيش فيه وذلك لأن الطفل الكفيف يواجه صعوبة كبيرة في وعيه لجسمه وأيضا يعاني نفسيا عند تعرضه لموقف يذكره بعجزه وأوضح دليل على ذلك رفض معظمهم لاستخدام العصا أثناء تنقله، أو التنقل في أماكن عامة.

٢- العوامل الحركية:

فقد تؤثر الإعاقة البصرية في وضع جسم الطفل الكفيف، أو في مشيته مما يجعل التنقل أمرا صعبا ومتعبا له إذ يظهر الطفل تخوفا من المشي، أو يمشي بشكل بطيء مع عدم تناسق حركاته وفي هذه الحالة يحتاج إلى تدريب على الأوضاع الصحيحة وتغذية راجعة مستمرة، وقد يواجه الطفل مشكلة في التآزر الإدراك الحركي نتيجة عدم القدرة على القيام بالحركات الصحيحة من أجل هذا فإن التركيز على البرامج الخاصة بتعديل وتسهيل عملية التآزر يعد أمرا هاما ومطلبا حيويا وذلك لتطوير مهارات التنقل المستمر من هذا المنطلق فإن العوامل الحركية تحتاج تقييما شاملا لتصميم البرنامج المناسب لكل حالة.

٣- العوامل المعرفية:

ويقصد بالعوامل المعرفية في مجال التنقل والتعرف والحركة عددا من المهارات المرتبطة بهذا المجال ومنها مهارات التعرف ومهارات تطور المفهوم ومهارات حل المشكلة أما مهارات التعرف فتعني قدرة الطفل على التذكر بشكل جيد وفي ذات الوقت ربط الحقائق والمعلومات التي يحصل عليها من البيئة وكذلك قدرته على التعرف على البيئة وأن يحافظ على المعلومات ويوظفها وصولا إلى الهدف مما يجعل عملية التنقل أمرا ميسرا، ومهارات تطور المفهوم تتضمن إتقان الطفل للمفاهيم الوظيفية للمناطق والأشكال والأشياء والشوارع والمباني وكافة عناصر البيئة إذ أن إتقانه لذلك يؤدي إلى وضوح المعلومات وبالتالي يتمكن من التنقل وتتحدد قدرة الطفل الكفيف على تطوير المفاهيم تبعا لاتجاهات الأسرة وأساليب تنشئتها للطفل وكذلك دور المعلمين لكونها يمكن أن تشجع الطفل وتحثه على ذلك، أو تحبطه وتثبط حركته ومحاولاته لاكتشاف البيئة وأما مهارات حل المشكلة فتبدو في اتخاذ الفرد القرارات الضرورية والصحيحة والتي تؤثر في

مدى شعوره بالأمن والاستقلالية. فهو في حاجة إلى اتخاذ قرارات سريعة وصحيحة أثناء عملية التنقل تضمن حلا مناسبا للمشكلة التي تقابله وهذه العوامل غير منفصلة وإنما تعمل بشكل منظم ومتسلسل ومترابط وكل منها له دوره في أداء الفرد.

٤- العوامل الانفعالية:

وتعني شعور الطفل الكفيف بالنقص، أو العجز، أو الدونية وكذلك الخوف ونقص الدافعية والفشل وخيبة الأمل و الانسحابية وهذه العوامل السلبية تؤثر سلبًا على عملية التنقل المستمر بل تحد من حركته وإمكانية تنقله وبالتالي ينعكس أثرها على فاعلية البرامج التدريبية التي يتلقاها الطفل الكفيف حيث أن البرامج التدريبية الجيدة والقائمين عليها من الأخصائيين والمدربين ذوي الكفاءة لا يمكنهم التأثير في الطفل ما لم تتوفر العوامل الانفعالية الإيجابية لأن عملية التدريب على التفعيل المستقل تحتاج إضافة إلى البرامج والأخصائيين تطويرا للاتجاهات الإيجابية للطفل والرغبة الأكيدة في التنقل المستقل والدافعية إلى ذلك وأكثر من ذلك ثقة الطفل الكفيف بنفسه إذ أنها جميعا تعمل على نجاح تلك البرامج وفاعليتها.

٥- العوامل الاجتماعية:

ولهذه العوامل أهميتها أيضًا كسابقاتها فسلوك الفرد يتأثر باتجاهات المجتمع وردود أفعال المحيطين به بل تلعب هذه الاتجاهات دورا أساسيا في تشكيل سلوك الفرد، والطفل الكفيف أحد أفراد المجتمع الذي ينظر إليه نظرة الشفقة والخوف والدونية والعجز والتي تبدو جميعها في اتجاهات المجتمع السلبية وعليه أن يتعامل ويتفاعل مع هذه الاتجاهات السلبية والتوقعات المتدنية من قبل المحيطين به والخوف عليه وحمايته بشكل مبالغ فيه وكلها تؤثر سلبا على تطوره بل وتحد من قدرته على الانخراط في البرنامج التدريبي والشعور بالاستقلالية ولا يمكن للبرنامج التدريبي والحال هكذا أن يكون فاعلاً وإنما يجب أن يكون هناك اتصال بين الأخصائي القائم بالتدريب والأهل حتى

يتبين ردود أفعالهم واتجاهاتهم نحو طفلهم الكفيف ومدى قبولهم بفكرة تدريبه على التنقل المستقل حتى يبدأ البرنامج بتشجيع من الأسرة وبأهلية الطفل للتدريب وايجابية التوقعات حتى تنجح مثل هذه البرامج.

٦- **العوامل البيئية:**

وتشمل هذه العوامل العناصر البيئية الطبيعية كالجبال والوديان والأنهار وحالة الطقس وغيرها وكذلك العناصر البيئية المعمارية والحضارية كالتنظيمات البيئية من شوارع ومبان والأرصفة والمصاعد والسلالم واشارات المرور وعلاماته ووسائل المواصلات وغيرها ولكل عنصر من هذه العناصر دور فاعل في تحديد احتمالات نجاح عملية التنقل لأنها تشكل صعوبات تواجه الطفل الكفيف يجب أن توضع في الاعتبار للتغلب عليها إذ آن تجاهلها يمكن أن يترك أثرا سلبيا على تدريب الطفل الكفيف على التنقل وعلى الاستقلالية أثناء عملية التنقل فيجب أن يضع المدرب كل هذه العناصر ضمن برنامجه حتى يتمكن من تحديد القواعد والإجراءات التي يجب إتباعها لنجاح تلك البرامج.

أهداف تدريب الطفل الكفيف على الحركة والتنقل:

هناك هدفا أساسيا من وراء تدريب الطفل الكفيف على الحركة والتنقل وهو تحقيق أقصى قدر ممكن من الاستقلالية والأمن والسلامة للطفل أثناء عملية التنقل ليشعر بذاته وبثقته بنفسه وأنه جزء من هذا المجتمع ومن ثم يتمكن من الاندماج به والتفاعل معه تأثيرا وتأثرا ويتفرع عن هذا الهدف الأساسي أهداف فرعية تسهم بشكل، أو بآخر في تحقيق هذا الهدف ومن أهم هذه الأهداف:

(١) آن يتمكن الطفل الكفيف من تدريب وتنمية باقي حواسه الأخرى ليتمكن من إدراك كل ما يعترض طريقه من عناصر بيئته.

(٢) تنمية كافة المهارات الجسمية للطفل الكفيف والتي تعد مطلبا أساسيا لعملية التوجه والتعرف.

(٣) مساعدة الطفل الكفيف على تجاوز العقبات وحماية نفسه من الأخطار التي يمكن أن تعترضه خلال عملية التنقل.

(٤) أن يتمكن الطفل الكفيف من التنقل والحركة باستقلالية خارج منزله لتوسيع دائرة بيئته الخاصة.

(٥) مساعدة الطفل الكفيف على اكتساب وتنمية المهارات الاستقلالية وخاصة في العناية بالذات وترتيب وتنظيم أدواته الشخصية.

(٦) أن يكتسب الطفل الكفيف مهارات التآزر الحركي والتي يستخدمها أثناء عملية التنقل وكذلك عند تأهيله وتدريبه مهنيا.

(٧) أن يفهم الطفل الكفيف المفاهيم البيئية وينميها والمرتبطة بالاتجاهات والعناصر البيئية والتي يستخدمها في عملية التنقل.

(٨) أن يتمكن الطفل الكفيف من تنسيق واتزان الحركات الجسمية أثناء التنقل حتى لا يحدث الانحراف وأن يدرك كيفية التصرف الصحيح إذا حدث هذا الانحراف.

(٩) أن يكتسب الطفل الكفيف القدرة على القيام ببعض الشئون المنزلية المناسبة كالمساعدة في عملية التنظيف والترتيب.

(١٠) أن يكتسب مهارات الاجتماعية المتعلقة بالتعامل مع الآخرين من حيث الشراء والبيع والتعامل بالنقود.

أما العوامل المؤثرة في استخدام الكفيف للأدوات والأجهزة المستخدمة في عملية التنقل:

أ - العوامل المرتبطة بشخصية الكفيف:

وهي العوامل الخاصة بخصائص شخصية الكفيف وكيفية تكوينها وهي ذات تأثير فعال في قدرة الكفيف واستعداده وسرعة تدريبه ومدى استجابته وإقباله على استخدام الأجهزة والوسائل المساعدة ومن هذه العوامل:

- مستوى دافعية الكفيف ورغبته في التعلم والتدريب.
- مدى تقبله للإعاقة واتجاهاته نحو الآخرين ونحو ذاته.
- قدرته على الربط بين العلاقات والمتغيرات والعناصر.
- مقدرته على التخيل والتحليل والاستنتاج.
- فهم واستيعاب عناصر البيئة المحيطة والمفاهيم المتداولة.
- القدرة على رسم مخطط ذهني للبيئة المنزلية والمحلية.

وتعد تلك العوامل وغيرها ذات تأثير فعال وإيجابي في استجاباته نحو سرعة التدريب واستخدام الأجهزة والأدوات المساعدة كما أن عدم توفر هذه العوامل بالقدر المناسب، أو تحولها إلى عوامل سلبية كالخوف والانطواء والانسحاب والشعور بالفشل ونقص الدافعية تؤدي إلى عكس النتيجة السابقة وتحد من إمكانية تدريب الكفيف وعدم الاستفادة من قدراته المتبقية.

ب - العوامل المرتبطة بأسرة الكفيف:

هناك العديد من العوامل ذات العلاقة المباشرة بالأسرة التي من شأنها أن تؤثر تأثيرا بالغا في إقبال الكفيف على التدريب على الأجهزة والأدوات، أو إعراضه عن ذلك ومن أهمها:

(١) العلاقات الأسرية بين أفراد الأسرة بعضهم البعض وبينهم وبين الآخرين

(٢) الاتجاهات الأسرية نحو الإعاقة بشكل عام ونحو طفلهم ذي الإعاقة على وجه الخصوص.

(٣) أساليب التنشئة الأسرية المتبعة في تربية الطفل الكفيف.

(٤) المستوى الثقافي والأكاديمي لأولياء الأمور وكذلك المستوى الاجتماعي

(٥) الدعم المادي والمعنوي للأسرة من الأهل والأقارب والجيران والأصدقاء.

(٦) مستوى الدخل، أو المستوى الاقتصادي للأسرة.

فهي منظومة من العوامل التي تسهم بشكل فاعل في تحقيق أكبر قدر من النجاح في عملية تدريب الكفيف على الأجهزة والأدوات المساعدة. أو عدم إقباله عليها في العلاقات الدافئة والشعور بالأمن وتوفير فرص النمو المتكافئة لدى الكفيف فالميل إلى الاكتشاف والاستقلالية والاعتماد على الذات والدعم والتشجيع للخطوات الايجابية والاتجاهات الايجابية السوية واتباع أساليب التنشئة والتربية الصحيحة والبعد عن أساليب الحماية الزائدة، أو الرفض والإهمال وتوفير فرص النجاح تؤدي إلى سرعة التدريب والإنجاز.

كما أن المستوى الاقتصادي للأسرة له أهمية في إمكانية توفير الأدوات والأجهزة المطلوبة لتدريب الكفيف وغالبًا ما تكون هذه الأجهزة مكلفة ماديا وترهق الأسرة ومن هنا كان الدعم الخارجي للأسرة هام جدا في هذا المجال سواء كان دعما رسميًا، أو أهليًا لتمكين الأسرة من القيام بدورها في محاولة تدريب الكفيف على الاستقلالية.

ج - **العوامل المرتبطة ببيئة الكفيف:**

وتعني تلك العوامل المادية والمعنوية التي تمثل عناصر البيئة أي العوامل الاجتماعية والطبيعية المحيطة بالكفيف فالعوامل المادية، أو الطبيعية تشمل:

◈ تنظيمات البيئة من شوارع ومحلات ومباني ومدارس ومؤسسات تدريب واشارات للمرور ووسائل للنقل.

◈ عوائق طبيعية كالجبال والأنهار والبحار وطبيعة الأرض والمناخ الذي يعيش فيه الكفيف.

أما العوامل الاجتماعية، أو المعنوية فتشمل:

- اتجاهات الأفراد المحيطين بالكفيف وردود أفعالهم.
- أساليب التعامل مع الكفيف وتوقعاتهم منه.

فكلا النوعين من العوامل يؤثر بشكل، أو بآخر في شخصية الكفيف ومن ثم قدرته على استخدام الأجهزة والأدوات المساعدة حيث أن الاتجاهات السلبية والتوقعات المتدنية تؤثر بشكل سلبي على شخصية الكفيف وتقف عقبة في طريق نموه، أو تحول دون تمكنه من الاستقلالية والاندماج في المجتمع وكذلك التسهيلات المادية والطبيعية تساعد الكفيف على النجاح في اجتياز البرامج التدريبية وتسهل عملية تنقله في البيئة باستقلالية مستخدما الأدوات والوسائل المساعدة.

من هنا فإن التشريعات الخاصة بالكفيف تؤكد مؤخرا على ضرورة تحديد الصعوبات والعوائق التي يمكن أن تحول دون انخراط الكفيف ودمجه في المجتمع وكذلك توفير الفرص المناسبة لنموه وتمكينه من ممارسة الاستقلالية في كافة شئونه ومنها التنقل والحركة بحرية واستقلالية في البيئة ليس هذا فحسب بل تمكنه من العيش في البيئة كباقي أفراد المجتمع يتمتع بكافة الحقوق والتيسيرات.

د - العوامل المرتبطة بالأدوات التي تساعد الكفيف في تنقله باستقلالية:

ونعني بالأدوات والأجهزة كافة الوسائل المساعدة المتطورة وخاصة التكنولوجي منها والذي سبق ذكر بعضها في موضع سابق إذ أن هناك تطورا هائلا في عملية تصنيع وتوفير الأجهزة والأدوات التكنولوجية المتطورة والتي يمكن للكفيف أن يستخدمها فتقلل من الآثار السلبية لإعاقته على عملية التنقل والحركة والعمل باستقلالية وبحرية، ومن أهم العوامل التي تؤثر على استخدام الكفيف لتلك الأجهزة والأدوات التي ترتبط فيها ما يلي:

(١) هذه الأدوات والأجهزة التكنولوجية ليست في متناول كافة المكفوفين نظرا لارتفاع أثمانها وزيادة تكلفتها مما يحد من العدد الذي يمكنه امتلاكها بل أن معظم المكفوفين ليس في مقدورهم امتلاك مثل هذه الأجهزة.

(٢) وإذا تجاوزنا عن العامل السابق فسوف يبرز عامل آخر وهو صعوبة توفر المعلومات والبيانات الخاصة بهذه الأجهزة وشركات إنتاجها ومصادر الحصول عليها وكيفية التدريب عليها والجهات التي يمكنها القيام بذلك وكذلك كيفية صيانة هذه الأجهزة وضمانات استخدامها وغير ذلك كثير.

(٣) إن التقدم التقني والفني في مجال إنتاج تلك الأجهزة سريع ومتلاحق فإذا ما امتلك الكفيف جهازا من هذه الأجهزة فعليه متابعة أحدث ما وصل إليه تطور هذا الجهاز الأمر الذي سوف يشكل عبئا اقتصاديا إضافة إلى توفر قطع الغيار لهذا الجهاز وما يحتاجه من صيانة وتحديث.

من الواضح أن توفر هذه الأجهزة والأدوات سوف ييسر للكفيف فرص التنقل والحركة المناسبة وكذلك المشاركة في أنشطة المجتمع والاندماج في شتى نواحي الحياة الاجتماعية ونمو استقلاليته التي تعد أولى أهداف تدريب الكفيف على الحركة والتنقل.

تقييم مهارات التوجه والحركة:

مقياس تقييم التوجه والحركة للمكفوفين (من وجهة نظر المعلمين)

قام بإعداده إيهاب الببلاوي (٢٠١٠) حيث ذكر أن التأهيل لخدمات التوجه والحركة غالبا ما تقوم على الملاحظات غير الرسمية والتقييمات الذاتية التي يقوم بها متخصصو التوجه والحركة وليس نتيجة مقاييس تقييم رسمية بأسس تأهيل مقننة (Ambrose & Corn, 1997). وإضافة إلى ذلك فإن وضع أدوات قياس والتعرف

على طرق لاستخدام وبشكل خاص الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية أصبح هو اهتمام العديد من المهنيين في مجال التوجه والحركة (Haymes, Guest, Heyes, & Johnston, 1996) ويمكن قياس مهارات التوجه والحركة بشكل رسمي وغير رسمي من خلال استخدام أساليب الملاحظة وأدوات القياس. والمعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال التقييم تشمل:

(١) مقابلات التلاميذ وأفراد الأسرة وباقي أفراد الفريق المهني.

(٢) استعراض السجلات المتاحة مثل تقرير اختبارات العين وفحوصات العين التي يتم استكمالها من خلال طبيب العيون.

(٣) تقييم استخدام البصر الوظيفي كذلك من الممكن أن يقدم توجيه كمستوى حالي للمهارات وتحقيق الأهداف المستقبلية لدى التلاميذ الذين يتدربون على التوجه والحركة.

ولقد قام ليفرت Liefert (2003) بالتعرف على مجالات محددة ومعينة من الضروري أن يتم تقييمها هي: صورة الجسم والمهارات الحركية ومهارات استخدام العصا ومهارات عبور الطريق وصناعة الأحكام الملائمة والانعزال، أو تقبل، أو رفض المساعدة واستخدام وسائل النقل العامة واستخدام أدوات التوجه والحركة والتي تشمل معينات التنقل الإليكترونية والتخطيط لمسارات وطرق التنقل. وإضافةً إلى ذلك لاحظ ليفرت Liefert أن كفاءة التلاميذ على التسوق ومفاهيم الوقت واستخدام التليفون ومهارات الأموال تعد مجال من الضروري أن يتم تقييمه من خلال معلم التوجه والحركة مع الأخذ بعين الاعتبار الارتباط الوثيق بتلك المجالات بالتنقل في المجتمع بشكل مستقل.

ومن خلال الملاحظة المباشرة لمهارات التوجه والحركة فإن المهارات الحركية للطلاب والمهارات الحسية والتوجه المكاني والأمان والثقة في البيئات المألوفة وغير

المألوفة من الممكن أن يتم تقييمه وقياسه (Zimmerman & Roman, 1997). هناك عدد محدود من أدوات تقييم التوجه والحركة هي التي تم تطويرها، ومن بين تلك الأدوات في مجال التوجه والحركة المتوفرة لهذا الغرض هي:

(١) اختبار هل للأداء للمفاهيم الموضعية المختارة Test of Selected Positional Concepts (Hill, 1981) وتشمل اكتساب المفاهيم الوضعية، أو المكانية للأطفال غير ذوي الإعاقة البصرية عمر ٦- ١٠ سنوات. والأنشطة المتضمنة هنا والتي ينبغي تقييمها هي: موضع علاقات أجزاء الجسم مثل: المس قمة رأسك، وحركة الجسم في علاقته بالأشياء مثل ضع الكرسي بجوارك، أو خلفك وتوضيح، أو شرح المفاهيم الموضعية مثل: ضع يديك أسفل وتوضيح المفاهيم الموضعية من خلال معالجة الأشياء مثل: ضع العصا خلف الفنجان. ومع هذا فإن هذه الأداة لا تقوم بقياس حركات الطفل، أو قدرته على التنقل في بيئات متعددة.

(٢) مقياس صورة الجسم لدى الأطفال المكفوفين (كراتي وسامز ١٩٦٨) The Body- Image of Blind Children (Cratty & Sams, 1968) وهو مقياس يستخدم لتقييم مفاهيم الجسم لدى الأطفال عمر ٥- ١٦ عام من ذوي الإعاقة البصرية، وما تتضمنه هذه المفاهيم هي التعرف على أجزاء الجسم وحركاته وأجزاء الجسم من حيث الجانب الأيمن والأيسر ومخطط الجسم من الأمام والخلف والتوجه مثل: يمين، أو يسار شخص آخر.

(٣) اختبار بوهين لمفاهيم المواضع النسخة الثالثة Test of Positional Concepts- Third Edition (Boehm, 2000) والتي برغم أنها غير مقننة للاستخدام مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية إلا أنها مصممة كأداة كشف للتعرف على مفاهيم العلاقات المكانية والكمية والوقت، أو الزمن.

(٤) هارلي وميربلر ووود Harley, Merbler & Wood (1975) تطوير مقياس توجه للمكفوفين ذوي الإعاقات المتعددة. يصف العمل مقياس التوجه لبيبادي

المصمم لقياس الحركة لدى الأطفال المكفوفين، لاسيما متعددي الإعاقة، ويضم المقياس أربعة مجالات رئيسة: نشاطات التنقل، والتدريب الحسي، والنمو المفاهيمي، ومهارات الحركة، ويتم الحصول على مؤشرين من المقياس: درجة كلية ومؤشر للقدرة لتقديم معلومات لتخطيط برنامج تدريبي لعلاج القصور السلوكي، ويمكن أن يقوم بتطبيق المقياس المعلمون والآباء وغيرهم من الموظفون جيدي التدريب.

ولم يعثر الباحث الحالي – في حدود علمه – على مقياس تم تصميمه، أو تقنينه في البيئة العربية لقياس مهارات التوجه والحركة، من هنا تم ظهرت فكرة تصميم مقياسًا للكشف عن تلك المهارات لدى ذوي الإعاقة البصرية.

وفي ضوء ما أتيح للباحث الإطلاع علية من دراسات ومقاييس، فقد تم تحديد أبعاد المقياس على النحو التالي:

(١) **توظيف الحواس في التحرك:** يقصد بها قدرة التلميذ الكفيف على استغلال حواسه – اللمسية، والسمعية، والشمية – في التوجه والحركة.

(٢) **استيعاب مفاهيم الوعي المكاني:** يقصد بها قدرة التلميذ في التعرف على الاتجاهات المختلفة، ووضع الجسم في الفراغ، ومعرفته لأجزاء جسمه، وقدرته على استغلال حواسه في تطور المفاهيم المكانية، وقيامه بالمناشط التي تدل على قدرته على التذكر المكاني.

(٣) **التوازن الجسمي:** يقصد بها قدرة التلميذ على المشي، والوقوف، والجلوس بطرقة متزنة ومتسقة دون تعثر، وأنه يقوم بها بطريقة طبيعية مثل أقرانه المبصرين.

(٤) **استخدام العصا:** يقصد بها قدرة التلميذ على التمكن من مهارات استخدام العصا البيضاء ومن بينها: الوضع المناسب للقبض على العصا، وصعود وهبوط السلم باستخدام العصا، ووضع العصا في المكان الملائم عندما تتزامن مع المرشد

المبصر، ووضع العصا في المكان الملائم عند عدم استعمالها، واستخدام العصا باستخدام طريقة الخط القطري.

(٥) **التحرك الحر داخل وخارج المدرسة:** يقصد بها قدرة التلميذ التمكن من المهارات المختلفة التي تمكنه من التحرك السهل والآمن داخل وخارج المدرسة: مثل: صعود الدرج، واستخدام دورات المياه، واستخدام المصعد، وركوب السيارة، واستخدام السلالم المتحركة، وعبور الشارع.

وفي ضوء ذلك صاغ الباحث (٣٥) عبارة، موزعة على (٥) أبعاد فرعية، بمعدل (٧) عبارات في كل بعد، وجميعها في الاتجاه الايجابي، يستجيب معلميهم لفقراتها، وأمام كل عبارة (٥) استجابات تعبر عن درجة الإتقان للمهارة الفرعية، هي: (يتقنها تمامًا – يتقنها بدرجة كبيرة – يتقنها إلى حد ما – يتقنها بدرجة قليلة – لا يتقنها على الإطلاق) وتعطى الدرجات (٥– ٤– ٣– ٢– ١) على الترتيب، وللتحقق من صلاحية المقياس للتطبيق آجرى الباحث الخطوات التالية:

أولاً: حساب الصدق

(أ) **حساب صدق المحكمين:** تم عرض المقياس مع التعريفات الإجرائية للأبعاد على (٥) من الأساتذة والأستاذة المشاركين بقسم التربية الخاصة بكلية التربية بجامعة الملك سعود، و(٥) خبراء في مجال الإعاقة البصرية وفي ضوء الالتزام بما ورد في آراء المحكمين: فقد أسفرت تلك الخطوة عن تعديل صياغة (٨) عبارات من المقياس.

(ب) **صدق المفردات:** تم حساب معاملات ارتباط المفردات بالإبعاد في مقياس التوجه والحركة للمكفوفين (من وجهة نظر المعلمين) وقد تراوحت بين ٠.٥٦١ – ٠.٧٣٦ .

ثانيا: حساب الثبات

ثبات المفردات: حساب ثبات المفردات بطريقتين هما:

(أ) **طريقة إعادة الاختبار:** بعد أن تم تطبيق المقياس على عينة التقنين، ثم إعادة تطبيقه بفاصل زمني قدره أسبوعين، فوجد أن جميع معاملات ارتباط المفردات بين التطبيقين تتراوح ما بين (٠.٤٧٨ – ٠.٧٣٨)، وبلغ معامل ارتباط الدرجة الكلية (٠.٨٢٢) وجميعها دالة عند (٠,٠١).

(ج) **حساب ثبات الأبعاد والدرجة الكلية:** في ضوء نتائج التطبيق على العينة الاستطلاعية تم حساب معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت بين ٠.٥٨٢ – ٠.٧٨٢.

حساب الثبات الكلي للمقياس:

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين:

(أ) **معامل ألفا كرونباخ:** وكانت قيمته = ٠.٨٢٣

(ب) **طريقة التجزئة النصفية:** وكانت قيمته بمعادلة سبيرمان(٠.٧٩٧)، وبمعادلة جتمان (٠.٧٥٢) وهى دالة إحصائيًا.

ومن الإجراءات السابقة تأكد للباحث صلاحية مقياس التوجه والحركة للمكفوفين (من وجهة نظر المعلمين)، الذي أعده للتطبيق على عينة الدراسة الحالية في صورته النهائية والتي تحتوى على (٣٥) عبارة.

مقياس التوجه والحركة للمكفوفين
(من وجهة نظر المعلمين)

عزيزي المعلم:

يسعى المقياس للتعرف على مهارات التوجه والحركة التي يمتلكها التلميذ الكفيف. ولذلك فإن إجابتك عليه تسهم ليس فقط في تحديد مدى امتلاك التلميذ لتلك المهارات: وإنما أيضا تساعد في تحديد نوع وكم المهارات التي يحتاج للتدريب عليها وإكسابه له.

اسم المقدر:..

اسم التلميذ:...

الصف الدراسي:..

تاريخ الميلاد:...

تاريخ الالتحاق بالمدرسة:...

شدة الإعاقة البصرية:...

نوع فقدان البصر ولادي ( ) مكتسب ( )

هل يعاني التلميذ من أي إعاقات مصاحبة: نعم ( ) لا ( )

إذا كانت إجابتك بنعم أذكر تلك الإعاقات.......................

هل حصل قبل التحاقه بالمدرسة بروضة أطفال: نعم ( ) لا ( )

هل تم تدريب التلميذ من قبل على مهارات التوجه والحركة: نعم ( ) لا ( )

إذا كانت إجابتك بنعم أذكر نوع التدريب ومدته.......................

....

ملحوظة:

قد تحتاج بعض فقرات المقياس إلى الاتصال بالوالدين، أو معلمي التربية البدنية، أو قيامك شخصيًا باختبار التلميذ فيها؛ وقد يتطلب ذلك الأمر بذل مجهود إضافي، ولكننا على ثقة من إخلاصكم وسعيكم نحو تحقيق أقصى استفادة لتلميذاتك.

ونشكر لسعاتكم حسن تعاونكم...........

المهارة الأساسية	م	المهارات الفرعية	درجة إتقانه للمهارة				
			يتقنها بدرجة كبيرة جدا	يتقنها بدرجة كبيرة	يتقنها بدرجة متوسطة	يتقنها بدرجة قليلة	لا يتقنها إطلاقًا
توظيف الحواس في التحرك	١	يميز بين أشكال الأشياء وأحجامها لمسيًا.					
	٢	يدرك الأصوات التي تحيط به ويستطيع التمييز بينها.					
	٣	يميز الروائح المتنوعة والمختلفة والاهتداء بها في التعرف المكان.					
	٤	يتعامل مع الأشياء الدقيقة والصغيرة لمسيًا.					
	٥	يتعرف على مصدر الأصوات ويحدد اتجاهها.					
	٦	يتجنب المعوقات والأماكن الخطرة لمسيًا.					
	٧	يحدد المسافة التي يصدر منها الأصوات.					
استيعاب مفاهيم الوعي المكاني	٨	يستطيع التعرف على أعضاء الجسم الكبيرة والصغيرة.					
	٩	قادر على التعرف على الحركات الأساسية للجسم.					
	١٠	يتعرف على الحركات الأساسية للجسم.					

المهارة الأساسية	م	المهارات الفرعية	درجة إتقانه للمهارة				
			يتقنها بدرجة كبيرة جدا	يتقنها بدرجة كبيرة	يتقنها بدرجة متوسطة	يتقنها بدرجة قليلة	لا يتقنها إطلاقًا
	١١	يميز بين الاتجاهات الأصلية (الشمال -الشرق -الغرب- الجنوب)					
	١٢	يفهم بين مفاهيم اليمين واليسار، والأعلى والأسفل، والأمام والخلف)					
	١٣	يميز بين أحجام وأشكال الأشياء في المكان من حوله من حوله.					
	١٤	يفهم العلاقة بين مظهر أعضاء الجسم في تلامسها أثناء الحركة.					
التوازن الجسمي	١٥	يمشي باتزان في خط مستقيم.					
	١٦	يؤدي حركات متنوعة مثل المشي على أصابع القدمين مع الإيقاعات الموسيقية.					
	١٧	يمشي على عارضة مرفوعة عن الأرض.					
	١٨	يستطيع الركض دون خشية.					
	١٩	يقفز إلى الأمام والخلف، على قدم واحدة وباستخدام الحبل.					

المهارة الأساسية	م	المهارات الفرعية	درجة إتقانه للمهارة				
			يتقنها بدرجة كبيرة جدا	يتقنها بدرجة كبيرة	يتقنها بدرجة متوسطة	يتقنها بدرجة قليلة	لا يتقنها إطلاقاً
	٢٠	الوثب على خط بارز مرسوم على الأرض.					
	٢١	قادر على ممارسة الأنشطة الرياضية مثل كرة الجرس.					
استخدام العصا	٢٢	يستوعب شكل العصا وأنواعها وأجزاءها المختلفة.					
	٢٣	يمسك العصا بطريقة سليمة.					
	٢٤	يستخدم العصا بشكل ملائم عندما يسير مع المرشد المبصر.					
	٢٥	يضع العصا في المكان المناسب عند عدم استخدامها.					
	٢٦	يستخدم العصا في هبوط وصعود السلم.					
	٢٧	يتمكن من استخدام العصا داخل المدرسة.					
	٢٨	يستخدم طريقة الخط القطري عند استعمال العصا.					

المهارة الأساسية	م	المهارات الفرعية	درجة إتقان المهارة				
			يؤديها بدرجة عالية جدا	يؤديها بدرجة عالية	يؤديها بدرجة متوسطة	يؤديها بدرجة قليلة	لا يؤديها إطلاقا
التحرك نحو داخل الغرفة وخارجها	[illegible]	يستطيع تحديد مكان المرشد المبصر والسير معه					
	[illegible]	يستطيع تحديد أبواب الغرفة ونوافذها					
	[illegible]	يستطيع التعرف على الأشياء الساقطة منه					
	[illegible]	يستخدم الحواس والدلالات المتحركة حوله					
	[illegible]	قادر على صعود السلم والنزول منه بحرية					
	[illegible]	يستخدم دورات المياه منفردة دون مساعدة					
	[illegible]	قادر على التحرك في الشارع منفردا.					

الفصل السادس

التقييم العقلي - المعرفي لذوي الإعاقة البصرية

الفصل السادس

التقييم العقلي – المعرفي لذوي الإعاقة البصرية

مقدمة

يهتم الباحثون في مجال الإعاقة البصرية بتقييم أفراد هذه الفئة من فئات ذوي الإعاقات، ولاسيما ما يتعلق بقدرتهم العقلية العامة (الذكاء) والمتتبع للدراسات المسحية الكثيرة التي تصدت لقياس الجوانب العقلية المعرفية لدى ذوي الإعاقة البصرية على نحو خاص يمكنه من خلال نتائجها استخلاص عددٍ من الخصائص المعرفية لذوي الإعاقة البصرية منها:

(١) أن متوسط ذكاء الأطفال ذوي الإعاقة البصرية على مقياس ستانفورد بينيه في دراسة لمعرفة تأثير الكف البصري على القدرات القدرة العقلية العامة، بلغ حوالي مائة وكان أداؤهم في اختبارات الإدراك البصري والتعبيرات الحركية وتتابع الذاكرة البصرية والترابط البصري أقل من المتوسط.

(٢) أن مستوى الفهم والتفريق بين المتشابهات لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية كان أقل مقارنة بأقرانهم المبصرين.

(٣) لم توجد فروق ذات دلالة بين ذوي الإعاقة البصرية وأقرانهم من المبصرين في القدرة على التفكير.

(٤) أن مستوى المعلومات العامة لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية كان أقل مقارنة بأقرانهم من الأطفال المبصرين.

(٥) على الرغم من هذا القصور في القدرات المعرفية للمكفوفين؛ إلا أن هناك تطورًا كبيرًا في نمو ذكائهم، وذلك يرجع إلى عدد من العوامل منها:

أ. زيادة الاهتمام بتربية وتعليم وتأهيل ذوي الإعاقة البصرية.

ب. توفر الخدمات الاجتماعية والنفسية والرعاية الصحية.

ج. تطوير العديد من وسائل وأدوات التواصل السمعية والبصرية واللمسية.

د. الاتجاه السائد الذي ينادي بدمج ذوي الإعاقة البصرية وتعليمهم في المدارس العادية.

ه. تغير الاتجاهات الأسرية والاجتماعية نحو ذوي الإعاقة البصرية.

إن تأثير كف البصر على الخصائص المعرفية للطفل ذي الإعاقة البصرية قد لا يكون ملحوظاً في الشهور الأولى من عمر الطفل ولكن عندما يبلغ عمر الطفل ٤- ٥ شهور فهو لا يندفع إلى الأشياء التي توضع بين يديه، أو يوجه يديه نحوها وهذا يؤخر انتباهه إلى العالم من حوله، ومع أن حاسة السمع واللمس قد تعطيا نماذج منظمة لكنهما لا تؤديان نفس الوظيفة المتكاملة والكلية التي يؤديها الإبصار لذا فإن الطفل ذي الإعاقة البصرية يجد صعوبة في تمييز نفسه عن الآخرين وفي مرحلة متقدمة يجد صعوبة في عملية التمثيل والمواءمة (في مرحلة ما قبل العمليات حسب مراحل النمو المعرفي لبياجيه) وذلك بسبب محدودية الخبرات البيئية ويصعب على الطفل ذي الإعاقة البصرية الوصول إلى الأشياء الصغيرة جداً والكبيرة جداً، أو البعيدة والحيوانات الخطيرة وكذلك مفهوم اللون والعلاقات المكانية كما يجد الطفل ذي الإعاقة البصرية صعوبة في إدراك مفهوم الوقت والمسافة. وقد أشار وارين Warren (1984) إلى أنه على الرغم من أن هناك تأخرا ملحوظا من الناحية المعرفية لدى الطفل ذي الإعاقة البصرية مقارنة بالمبصرين إلا أن هذه الاستنتاجات غير مقبولة لأن الأهم هو مقارنة فئة الأفراد ذوي الإعاقة البصرية ببعضهم البعض وليس بالمبصرين.

كما أن هناك صعوبات تواجه ذي الإعاقة البصرية وتتعلق بتكوين المفاهيم وذلك في العديد من المجالات منها:

(١) عدم وجود خبرات حسية بصرية عن الأشياء وكيفية تشابكها مع بعضها البعض.

(٢) الصعوبة في التعلم وذلك بسبب عجز الأطفال ذوي الإعاقة البصرية عن استكشاف البيئة.

(٣) النقص في الخيال والقصور في الأنشطة المتعلقة بالمفاهيم.

(٤) عدم القدرة على رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة.

(٥) اقتصار معرفة الأشياء على المستوى الحسي والوظيفي.

آثار الإعاقة البصرية على النمو العقلي – المعرفي:

وفيما يلي عرض لبعض تأثيرات الإصابة بالإعاقة البصرية على مكونات النمو العقلي – المعرفي:

(أ) الذكاء:

بداية يشير فهمي (١٩٨١) إلى أن الآراء تنقسم فيما يتصل بتقدير ذكاء ذي الإعاقة البصرية إلى قسمين:

الأول: يذهب أفراده بدافع التعاطف الوجداني مع ذي الإعاقة البصرية، المشوب بالحماسة، لما يأتيه من ضروب المهارات التي يؤديها المبصر أحيانًا سواء بسواء، إلى أن ذكاء ذي الإعاقة البصرية لا يقل عن ذكاء المبصر إن لم يتفوق عليه أحيانا. وهم يستشهدون في غمرة هذه الحماسة ببعض مشاهير العباقرة من ذوي الإعاقة البصرية. غير أن عبقرية بعض ذوي الإعاقة البصرية لا تكفي لأن تؤيد ما يذهب إليه أفراد هذا القسم الأول، وهو أن الشخص ذي الإعاقة البصرية ألمع ذكاء من الشخص المبصر. وإذا توخينا الدقة، يمكن أن نقول على لسان هؤلاء: إن نسبة الأذكياء من ذوي الإعاقة

البصرية أعلى من نسبة الأذكياء لدى المبصرين. ويؤكد هؤلاء ما يذهبون إليه بدليل غامض: هو أن الله يعوضهم عن فقد البصر بتفتح البصيرة.

الثاني: لا يرى أفراده ما يراه أفراد القسم الأول، ونظرتهم إلى هذا الموضوع أكثر تجردًا وموضوعية ذلك أنهم يعترفون طبعا بنبوغ بعض العباقرة من ذوي الإعاقة البصرية، إلا أن هذا الاعتراف لا ينسيهم أن ثمة عباقرة آخرين من المبصرين، ويرون أن مسألة المقارنة بين ذكاء المبصرين، وذكاء ذوي الإعاقة البصرية يرجع أمرها إلى المقاييس المختلفة التي وضعت لقياس الذكاء وان المقارنة الإحصائية التي تعطي الجواب القاطع لهذه المسألة.

وفي هذا الصدد، يذكر كل من كيرك وجلا جر(1989) Kirk & Gallagher أن الاعتقاد الذي كان سائدًا في الأربعينيات والخمسينيات من القرن الماضي هو أن الإصابة بالإعاقة البصرية لا تؤثر على ذكاء الطفل، فيما عدا كونها تحدّ وتقلل من إمكانية اكتسابه لبعض المفاهيم البصرية. وهذا الاعتقاد القديم وجد ما يدعمه من نتائج في دراسة أجراها "صمويل هايز" (Hayes ,1941) تكونت عينتها مما يزيد عن ألفي طفل معوق بصريًا مستخدمًا صورة مُعدّلة من مقياس ستا نفور بينيه للذكاء. وقد أسفرت النتائج عن أن معامل ذكاء هؤلاء الأطفال لا يبتعد كثيرًا عن معامل الذكاء لدى الأطفال المبصرين.

وتذكر التعقيبات المختلفة على نتائج هذه الدراسة أن قياس الذكاء ونموه كان يقوم على افتراض افترضه "هايز" وهو أن العوامل الوراثية فقط وليس العوامل البيئية في تفاعل معها هي وحدها التي تحدد القدرة العقلية العامة (الذكاء) وأن العوامل البيئية بالتالي ليس لها تأثير يذكر اللهم إلا إذا كانت تتضمن حرمانًا شديدًا، وأن الإصابة بالإعاقة البصرية لا تشكل أحد أشكال الحرمان البيئي.

على أن النظر إلى الإعاقة البصرية على أنها لا تؤثر على ذكاء الطفل، وأنها فقط تحدّ من عملية اكتسابه لبعض المفاهيم البصرية لم تعد تجد قبولاً في الوقت

الراهن، حيث أن النظرة الجديدة للذكاء هي أنه نتاج لخبرات تراكمت في حياة الطفل وخاصة تلك الخبرات التي مر بها في مراحل باكرة - في الطفولة المبكرة - ولذلك يمكن القول أن الإعاقة البصرية ينحصر تأثير الإصابة بها في أنها تعطل نمو الذكاء - كأحد مكونات النمو المعرفي - لأنها تقيد عملية تكامل وفهم الخبرات التي يمر بها الطفل المبصر بصورة سوية عبر حاسة بصره

ويؤكد ذلك المعنى ما ذهب إليه لونيفيلد (Lowenfeld ,1995) من أن الإصابة بالإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء، وذلك لارتباطها ببعض جوانب القصور. ومن هذه الجوانب على سبيل المثال:

(١) معدل نمو الخبرات وتنوعها وتراكمها لدى الطفل ذي الإعاقة البصرية (أو ذي الإعاقة البصرية).

(٢) القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.

(٣) علاقة ذي الإعاقة البصرية ببيئته من حيث قدرته على التحكم فيها والسيطرة عليها.

كما يؤكد كل من يسيلدايك والجوزين ,Ysseldykes & Algazzine (1990) على ذلك، إذ يقرر أن نمو الذكاء هو عملية اكتساب للمفاهيم وتطوير لهذه المفاهيم، وأن مفاهيم عديدة من تلك التي يتعلمها الإنسان تكتسب بشكل كامل من خلال الوسائل البصرية، ولذلك فإنه ليس من المستغرب أن يواجه الإنسان ذي الإعاقة البصرية صعوبات متتالية حين يبدأ اكتساب المفاهيم.

كذلك يمكن القول أن المعلومات التي يكتسبها الإنسان عن طريق حاسة البصر تستثير السلوك، وتوجهه، وتزود الفرد بمعلومات عامة تمكنه من تنظيم بيئته الخارجية؛ ونظرًا إلى افتقار ذي الإعاقة البصرية إلى المعلومات الواردة عن طريق حاسة بصره، فإنه يضطر إلى الاعتماد على حاستي السمع واللمس وغيرهما من الحواس في

اكتساب المفاهيم، غير أن هذه الحواس - على أهمية الأدوار التي تلعبها في هذا الصدد - قد لا تزود الفرد إلا بمعلومات جزئية، بل وناقصة .بيد أن هذا لا يعنى - أن الطفل ذي الإعاقة البصرية يعاني من إعاقة فكرية بالمعنى الحرفي للمصطلح، ولكن يعني أن أداء أطفال كثيرين ممن يعانون من الإعاقة البصرية يكون أداءً ضعيفاً على اختبارات الذكاء المقننة المعروفة.

وليس هناك أدنى شك في أن السبب الذي يكمن وراء الأداء الضعيف للأطفال ذوي الإعاقة البصرية على اختبارات الذكاء المقننة على أطفال مبصرين هو طبيعة اختبارات الذكاء - في حد ذاتها، إذ أن هذه الاختبارات تتضمن فقرات تتطلب الإجابة عنها إجابة صحيحة توفر معلومات بصرية يفتقر إليها - بالتأكيد - الطفل ذي الإعاقة البصرية. أضف إلى ذلك أن الاختبارات التي تم إعدادها لفئة ذوي الإعاقة البصرية - على قلتها - تعوزها الدقة في معايير التقنين. وفي معظم الأحيان يلجأ الفاحصون إلى استخدام الاختبارات اللفظية من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (النسخة المعدلة) WISC -- R لتقدير ذكاء الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

ويذكر كل من هلاهان وكوفمان Hallalan & Kauffman (1991) أن البحوث والدارسات التي لجأت إلى استخدام الاختبار اللفظية لقياس ذكاء ذوي الإعاقة البصرية أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق كبيرة بين ذكاء ذوي الإعاقة البصرية في حال مقارنتهم بذكاء المبصرين. وتجدر الإشارة هنا إلى صعوبة قياس ذكاء ذوي الإعاقة البصرية قياساً دقيقاً، وربما يرجع ذلك إلى عدة اعتبارات لعل من أهمها أن معظم اختبارات الذكاء تتضمن أجزاء أدائية مثل بناء المكعبات، أو تجميع الأشكال وبطبيعة الحال، تكون غير ملائمة للاستخدام مع ذوي الإعاقة البصرية.

وعلى الرغم من كل ما قيل فيما يتعلق بذكاء ذوي الإعاقة البصرية بصفة خاصة، وقدراتهم المعرفية بصفة عامة إلا أن هناك تطوراً كبيراً في نمو ذكائهم وأن ذلك يمكن عزوه إلى العوامل الخمسة التالية:

الأول: زيادة الاهتمام بتربية وتعليم وتأهيل ذوي الإعاقة البصرية.

الثاني: توفير الخدمات النفسية والاجتماعية. فضلا عن الرعاية الصحية.

الثالث: تطوير العديد من وسائل وأدوات التواصل السمعي والبصري واللمسي لذوي الإعاقة البصرية.

الرابع: الاتجاد السائد الذي ينادي بدمج ذوي الإعاقة البصرية وتعليمهم في المدارس العادية.

الخامس: تغير الاتجاهات الأسرية والاجتماعية نحو ذوي الإعاقة البصرية (كمال سيالم. ١٩٩٧)

(ب) القدرات الإدراكية وتكوين المفاهيم:

إن ذوي الإعاقة البصرية يتفاوتون من حيث مقدراتهم الإدراكية تبعا لدرجة الفقدان البصري. فالمصابون بالعمى الكامل ولاديا. أو قبل سن الخامسة لا يمكنهم إطلاقا الإحساس باللون وادراكه وتمييزه: لأن ذلك يعد إحدى وظائف شبكية العين. على العكس من الذين أصيبوا بالعمى في سن متأخرة. والذين بإمكانهم الاحتفاظ ببعض مدركاتهم اللونية التي سبق أن اكتسبوها وكونوها قبل إصابتهم. معتمدين على مدى ثراء التجارب والخبرات التي مروا بها. وكذلك المبصرين جزئيا ممن يستطيعون بعض التمييز اللوني تبعا لدرجة أبصارهم ويعتمد المصابون بالعمى الكلي ولاديا. أو قبل سن الخامسة. أو السابعة في تكوينهم المفاهيم اللونية أفكار وأساليب بديلة عن تلك التي يعتمد عليها العاديون الذين يتعرفون على الألوان ويميزونها تبعا لخصائصها من حيث الكنه. أو الصيغة Hue. ودرجة تشبعها. أو تركيزها Saturation. ونصوعها. أو لمعانها Brightness. وتقوم هذه الأفكار البديلة على ارتباطات شفهية. أو انفعالية. أو حسية أخرى. كأن يرتبط اللون الأحمر بالنار

الحمراء، وما توحي به من سخونة وحرارة شديدة، واللون الأزرق بالسماء الزرقاء الصافية، وما توحي به من طقس منعش معتدل... وهكذا (القريطي، ٢٠٠٥).

وما يقال عن الإدراك اللوني يقال أيضًا عن الإدراك الشكلي للأشياء بالغة الدقة كالحشرات الصغيرة، أو بالغة الضخامة كالجبال، أو بالغة الاتساع كالصحاري والجبال مما لا يمكن الإحاطة به تكوين مفهوم، أو فكرة كلية عنه سوى عن طريق حاسة الإبصار.

وتشير الدارسات المتواترة عن تطور المفاهيم لدى الطفل المبصر إلى أنها ترتقي في اكتسابه لها - في سياق تعلمه لها - من مستوى إلى آخر من المستويات الثلاثة التالية:

المستوى الأول: إدراك الشيء في صورته المادية الملموسة بالحواس، أو على المستوى الحسي: وفي هذا المستوى يتخذ الطفل سمة معينة من سمات الموضوع مضمونًا لإدراكه.

المستوى الثاني: إدراك الشيء في صورته الوظيفية، أو على المستوى الوظيفي، وفي هذا المستوى يتخذ الطفل ما يفعله هذا الشيء نفسه، أو ما يفعل الفرد بهذا الشيء مضمونًا لإدراكه.

المستوى الثالث: إدراك الشيء في صورته التجريدية النظرية، أو على المستوى التجريدي، وفي هذا المستوى التجريدي يدرك الطفل بصورة تلخيصية كل السمات الرئيسة المميزة للموضوع، أو الشيء المدرك.

وهنا يطرح كل من ليدون وماكجرو (١٩٩٠) سؤالاً مفاده أنه إذا كان هذا هو الطريق الذي يتبعه الطفل المبصر في بناء وتكوين نظام مفاهيمي: ففي أي المراحل في هذا الطريق - إذن - يتعثر الطفل ذي الإعاقة البصرية؟

وقد جاءت إجابتهما عن هذا السؤال موضحة أن الطفل المبصر - بوجه عام - حين يبلغ تقريبا سنا يتراوح بين أربعة إلى ستة أسابيع فإنه يواجه بكثير من المثيرات البصرية بحيث يستمر استخدامه لبصره كحاسة رئيسة حتى وصوله إلى مرحلة

البلوغ، ومن خلال استخدامه لهذا المسار البصري يتعلم الطفل المبصر إدراك الأشياء من مسافات أكبر، كما يمكنه رؤيتها في صورها الكلية. كذلك فإنه يتمكن من رؤيتها من منظور أكبر من خلال استكشافها وفحصها ومعالجته لها بيده... وهكذا تبدأ الأشياء في أخذ صفة الدوام والاستمرار بصورة أسرع بالنسبة للطفل المبصر في حال مقارنته بسرعتها بالنسبة للطفل ذي الإعاقة البصرية.

ذلك أنه نظرًا إلى افتقار الطفل ذي الإعاقة البصرية إلى وسيلة الإدراك الحسي اللازمة لهذا التنظيم والترتيب، فإنه لا يتمكن من رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة، إذ يجب عليه أن يدرك أجزاءها أولاً؛ ثم ينتهي بإدراكها ككل عن طريق معالجته لهذا بيده وتلعبه بها فهو محدود فيما يستطيع تعلمه من هذه المعالجة اللمسية للأشياء نظرًا إلى أن المعلومات التي يتلقاها من هذه المعالجة لن تتيح له إدراك جوهر الأشياء من حيث عمقها، أو تعقيدها، أو كليتها وحالما يصبح الشيء بعيدًا عن متناول قبضة الطفل ذي الإعاقة البصرية، فإنه يذهب بالتالي بعيدًا عن إدراكه، وبطريقة مشابهة إذا لم ترتبط الأصوات بمصادر صوتيه مفهومة ومليئة بالمعنى فإنها سوف تخبو وتتلاشى تدريجيًا حتى تصبح معدومة. ومن هنا فإن الطفل ذي الإعاقة البصرية سوف يستغرق وقتًا أطول بكثير في تنمية وبناء إحساسه بديمومة الشيء واستمراره.

ويضيف كل من ليدون وماكجرو (١٩٩٠، ص ٥) أنه حتى هذه اللحظة يكون إدراك الطفل – ذي الإعاقة البصرية – للشيء مقصورًا على المستوى الأول وهو إدراك الشيء في صورته المادية الملموسة بالحواس. ومع تقدمه في العمر وتضاعف خبراته بالأشياء وتزايد ألفته بها؛ فإنه سوف يبدأ الاتصال بها على المستوى الثاني وهو المستوى الوظيفي، ولكن نجاحه في التقدم إلى المستوى الثالث لإدراك مفهوم الشيء – وهو المستوى التجريدي النظري – عادة ما يكون قاصرًا ومحدودًا؛ إذ يميل الطفل ذي

الإعاقة البصرية إلى إدراك الأشياء بصورة أساسية على المستويين الحسي والوظيفي نظرًا لانعدام حاسة البصر وبالتالي تناقص فعالية الحس اللمسي فيه.

(هـ) التصور والتخيل:

بداية يتعين القول أن مصطلح التخيل يطلق على عمليتين متمييزتين:

الأولى: استرجاع الصور الحسية في الذهن وهي ما يطلق عليه التخيل الاستحضاري، أو التصور.

الثانية: ربط هذه الصور بعضها ببعض بحيث تستحدث مركبات ذهنية جديدة وهي ما يطلق عليه التمثيل الإنشائي، أو التخيل.

وبالنظر إلى مضمون هاتين العمليتين يمكن القول أن الشخص الذي يمارس واحدة منهما، أو يمارسهما معًا – تصورًا وتخيلا – لا يأتي بشيء جديد، بل يسترجع الصور الحسية التي سبق أن التقطتها حواسه، واختزنها شعوره، ثم يقوم بتركيب، قد يكون جديدًا، لم يسبق له أن شاهده.

وهذه الصور التي يكون بمقدور الفرد أن يستحضرها،، أو تلك التي تدخل ضمن عملية التخيل فإنها تختلف باختلاف الحواس التي تتلقاها، ولهذا يمكن تمييز أنواع مختلفة من الصور المتخيلة: فهناك التخيل البصري والتخيل السمعي والتخيل الحركي... إلخ وهكذا يمكن القول أن ذي الإعاقة البصرية لا يمكنه أن يمارس النشاط التخيلي البصري بعناصر بصرية. ذلك أن شعوره وذاكرته يخلوان من هذه الصور، ومن ثم لا يستطيع استدعاءها لأنها غير موجودة أصلا، ولا يستطيع بالتالي آن يكون، أو يركب منها تركيبات تخيلية جديدة.

وفي هذا الصدد يشير فهمي (١٩٨٠) إلى آن الآراء تنقسم فيما يتصل بالتصور البصري لدى ذي الإعاقة البصرية إلى قسمين:

الأول: يذهب أصحابه إلى أن ذي الإعاقة البصرية – رغم عجزة عن الرؤية – قادر ببصيرته أن يرى الأشياء ويصفها بدقة : شأنه في ذلك شأن المبصر. ويستند هؤلاء فيما يذهبون إليه على ما يأتيه المكفوفون من بعض ضروب الوصف التي تحتاج للرؤية مما قد يعجز عنه بعض المبصرين أحيانا. وتشتمل الآداب العالمية وأيضا الأدب العربي في الواقع على آثار أبدعها مكفوفون وتنطوي على صور بصرية تبلغ حدا من الدقة يفوق أحيانا ما يبلغه المبصرون. كما أن هناك شواهد أخرى كثيرة يعدها أصحاب هذا القسم الأول مؤيده لما يذهبون إليه : إلا أن هناك سؤالا قد يطرحه البعض يشكك في قيمة الصور التي تضمها الآثار الأدبية للمكفوفين – والتي قد تكون من القوة والعمق والدقة التي تتسم بها الصور البصرية التي ينشئها المبصرون – وهذا السؤال مفاده هل هذه الصور البصرية التي ينشئها المكفوفون تعني فعلا أنها موجودة في خيالهم – كما هي موجودة في خيال المبصرين؟ أم أن هذه الصور ليست أكثر من اقتران لفظي حفظه ذي الإعاقة البصرية ثم استدعاه لتركيب صور ذهنية لا تقابل في ذهنه شيئا يمت إلى الواقع المرئي بصلة؟

الثاني: يرى أصحابه أن الصور البصرية التي يبدعها المكفوفون ليست أكثر من تركيب لفظي. لعب فيه الاقتران دورا كبيرا : إلا أن الاقتران قد لا يكون دائما لفظيا بل قد يكون اقترانا بين إحساسين : أحدهما بصري : فليجأ ذي الإعاقة البصرية لإنشاء الصورة البصرية مستعينا بالإحساس الآخر الذي يتلقاه فعلا. ولتوضيح ذلك يذكر فهمي (١٩٨٠) أن لسان ذي الإعاقة البصرية قد يجري بالعبارة الآتية: أن السماء زرقاء. أو أن السماء غائمة. وقد تكون فعلا زرقاء. أو غائمة. وكأنه يصفها كما يصفها المبصر. ولكن ذي الإعاقة البصرية – مع ذلك – لا يدرك هذا الإحساس البصري إلا من خلال الإحساس الآخر الذي يصاحبه. وهو الإحساس بهدوء الجو الذي لا تتخلله الرياح. أو الرعد. أو المطر. وغير ذلك من الإحساسات التي يمكن لحواسه الأخرى أن

تلتقطها، فيحكم عندئذ بأن السماء زرقاء صافية – وحينما يحس بحواسه الأخرى أن الجو مضطرب ممطر يحكم بأن السماء غائمة.

وهو حين يريد أن ينشئ صورة بصرية، إنما يعود إلى هذه الارتباطات الاقترانية يصوغ منها ما قد يحمل بعض الناس على الاعتقاد بأن ذي الإعاقة البصرية - رغم عجزه عن الإبصار - قادر على وصف بعض الأشياء وصفا دقيقًا يصل إلى درجة الكمال أحيانًا. ومن ثم تصبح كثير من الارتباطات الاقترانية اللفظية لدى ذي الإعاقة البصرية مادة لصناعة هذه الصور: كالدم الأحمر، على سبيل المثال، والثلج الأبيض، والليل الداجي والسيف القاطع.... الخ. أما المعنى الحقيقي للون الثلج الأبيض، ولو ن الدم الأحمر، ولون السماء الزرقاء، فمعنى غامض لا يمكن للكفيف أن يفهمه إلا من خلال الإحساسات الأخرى المقترنة به. أما إذا لم تكن هناك إحساسات تقترن بما هو بصري : فإن المعنى الحقيقي لهذه الارتباطات اللفظية يظل غامضًا في خيال ذي الإعاقة البصرية ويبقى مجرد اقتران لفظي.

إن عجز الطفل ذي الإعاقة البصرية عن الإبصار يجعله في مستوى الخبرات أدنى من مستوى زميله المبصر خاصة تلك الخبرات التي يحصلها عن العالم الذي يحيط به، فهو بحكم هذا العجز لا يدرك من الأشياء المحيطة إلا الإحساسات التي تأتيه عن طريق الحواس الأخرى غير حاسة الإبصار فهو يعتمد على حاسة اللمس والسمع والذوق والشم؛ لذا فإن المعلومات التي يحصل عليها غير كافية وغير ذات جدوى كبيرة كي تمكنه من التحكم في بيئته وفي نفسه بالنسبة لهذه البيئة وأشارت بعض الدراسات التي قارنت بين الطلاب المبصرين وزملائهم من ذوي الإعاقة البصرية إلى أن العديد من ذوي الإعاقة البصرية يكون أداؤهم حسنًا نسبيًا، كما أشارت دراسات أخرى إلى أن ذكاء ذوي الإعاقة البصرية يعد أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين وقد يكون التناقض في هذه الدراسات مرجعه إلى صعوبة قياس ذكاء ذوي الإعاقة البصرية حيث أن معظم

اختبارات الذكاء غير ملائمة للاستخدام مع ذوي الإعاقة البصرية إذ تشتمل على فقرات أدائية عملية كبناء مكعبات، أو تجميع أشكال وأحجام أي تحتاج إلى التعامل معها بطريقة بصرية ولهذا فمن الضروري لقياس ذكاء ذوي الإعاقة البصرية تصميم مقاييس يراعى فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع.

وعلى الرغم من ذلك فإن الباحثين يلجأون حالياً إلى استخدام الجزء اللفظي من مقياس وكسلر لقياس ذكاء ذوي الإعاقة البصرية وتشير نتائج الدراسات التي اعتمدت على هذا المقياس أنه لا يوجد فرق كبير بين ذكاء ذوي الإعاقة البصرية مقارنة بالمبصرين باستخدام الجزء اللفظي ومن الملاحظ أن ذوي الإعاقة البصرية يواجهون مشكلات في مجال ادراك المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة خاصة مفاهيم الحيز والمكان والمسافة، ومن جانب آخر فإن الانتباه والذاكرة السمعية تعد من العمليات العقلية التي يتفوق فيها ذوو الإعاقة البصرية على المبصرين، وليست هذه خاصية وراثية للمكفوفين وإنما هي نتيجة التدريب المستمر والفعال والمتزايد الذي يمارسه ذي الإعاقة البصرية لهذه العمليات بحكم اعتماده بدرجة كبيرة على حاسة السمع.

ورغم ذلك فقد أكد لونفيلد (١٩٩٥) على أن الإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء وذلك لارتباطها ببعض جوانب القصور منها :

- معدل نمو الخبرات وتنوعها.
- القدرة على الحركة والتنقل بحرية و وفاعلية.
- علاقة ذي الإعاقة البصرية ببيئته وقدرته في السيطرة عليها والتحكم بها.

إن القصور في الجوانب السابقة من الضروري أن يؤدي إلى التأثير على الأداء المعرفي ومن ثم انخفاض معامل الذكاء ويعد ذي الإعاقة البصرية أقل حظا من المبصر

في مجال الإدراك حيث يشعر بأن العالم الذي يعيش فيه عالم ضيق محدود نظرا لنقص الخبرات التي يحصل عليها سواء من حيث النوع، أو المدى.

إن النمو الحركي يسهم في نمو الفرد من الناحية المعرفية لأن الطفل يتعرض للأشياء ويكتشفها فتزداد مهاراته الإدراكية وينمو لديه مفهوم وجود الشيء، والذي يعد أساسا لما بعده من المفاهيم، وكلما تطورت اللغة لدى الطفل ازدادت مفاهيمه ونمت ضمن مدى واسع وعميق، وحينما تزداد الخبرات الحسية يتعلم الفرد ويتدرج في المعرفة بطرق منظمة ويستطيع السيطرة على الأشياء المحيطة به ويضبطها.

يعتمد الفرد بشكل أساسي على البصر كوسيلة للتعرف على البيئة ولتطوير منهجه ولتحليل العلاقات بين الأشياء وحل المشكلات فالبصر إذن يوفر للطفل معرفة بعلاقته للأشياء وأنها مستقلة عنه كما يتيح له فرص التعلم عن طريق التقليد وكذلك يعمل على وضع أسس الاتصال بالآخرين، فالوليد يرى وجه أمه ثم يبدأ في المناغاة، أو يجهش بالبكاء عند رؤية وجه الغرباء، وحتى يستجيب الطفل لما يقوله الآخرون لا بد وأن ينظر إلى إيماءاتهم وتلميحاتهم وإشاراتهم والظروف المحيطة لمعرفة وظيفة الاستجابة وما هو متوقع منه، وعندما يصل الطفل إلى مرحلة التفكير الحدسي تتسع اهتماماته ويطبق من خلال نشاطاته ما يراه في البيئة المحيطة وما يجتره من صور ذهنية سبق له أن رآها بمجرد انتقاله إلى مرحلة الطفولة الوسطي والمتأخرة وتزداد خبراته الاجتماعية والأكاديمية وتزداد اهتماماته بما هو حوله وتتكون لديه القدرة على تنظيم وتصنيف الأشياء وتزداد قدرته على فهم الكل والجزء في وقت واحد وربط الخبرة في تنظيم فكري كلي ثم الاستنتاج في ضوء ما هو ملموس وفي نهاية مرحلة الطفولة يبدأ في مرحلة التجديد بشكل واضح ويفهم الأشياء من أكثر من بعدين.

إن الإدراك البصري يتضمن فحص الأشياء وتمييز الخصائص الضرورية والعلاقة بينها بعد النظر إليها والتعرف عليها ثم الانتباه إلى المثيرات الصوتية والوحي

والتعرف على الشكل البصري والاستجابة المعبرة عن حدوث التعلم البصري والذي يتم وفقا للخطوات التالية :

- ✓ التعرف على الأشياء منفردة وتصنيف واحد على خلفية متميزة واضافة تفصيلات داخلية (إدراك الشكل).
- ✓ التعرف على صور الأشياء بشكل منفرد ثم كمجموعة وتمييز الأشياء المنفردة ضمن أشياء أخرى في تصنيفات معينة (التريث والتصنيف).
- ✓ التعرف على الحروف والرموز المجردة لأشكال مختلفة ومتشابهة (التمثيل الرمزي).
- ✓ التعرف على كلمات وعبارات وجمل مختلفة (التمثيل الرمزي للأفكار).
- ✓ يجب أن تتنوع الأنشطة وتتسلسل لزيادة فاعلية البصر وتتضمن هذه المهارات :
  - ملاحظة التشابهات والاختلافات في الأشكال والأشياء والرموز والكلمات.
  - التوافق لها من نفس الفئة، أو من فئات مختلفة.
  - الترتيب.
  - الربط والتجميع.
  - تمييز الجزء الناقص منها.
  - دمج العناصر الواضحة فيها والوصول إلى جزء متكامل.

وبالطبع فإن فقد حاسة الإبصار سيحرم الطفل من اللجوء إلى هذه الخطوات، أو تلك الأنشطة ومن ثم الوصول إلى المستوى المعرفي الذي يصل إليه زميله المبصر.

وقد أجريت بعض الدراسات والتي يمكن من خلال نتائجها استخلاص عددا من الخصائص المعرفية للمكفوفين منها :

(١) بلغ معامل ذكاء الأطفال ذوي الإعاقة البصرية على مقياس ستانفورد بينيه في دراسة لمعرفة تأثير الكف البصري على القدرات النفسية القدرة حوالي (١٠٠)

وكان أداؤهم في اختبارات الإدراك البصري والتعبيرات الحركية وتتابع الذاكرة البصرية والترابط البصري أقل من المتوسط.

(٢) كان مستوى الفهم والتفريق بين المتشابهات للأطفال ذوي الإعاقة البصرية أقل مقارنة بأقرانهم المبصرين.

(٣) لم توجد فروق ذات دلالة بين ذوي الإعاقة البصرية وأقرانهم من المبصرين في القدرة على التفكير.

(٤) كان مستوى المعلومات العامة لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية أقل مقارنة بأقرانهم من الأطفال المبصرين.

(٥) وعلى الرغم من هذا القصور في القدرات المعرفية للمكفوفين إلا أن هناك تطورا كبيرا في نمو ذكائهم وذلك يرجع إلى عدد من العوامل منها :

- ✓ زيادة الاهتمام بتربية وتعليم وتأهيل ذوي الإعاقة البصرية.
- ✓ توافر الخدمات الاجتماعية والنفسية والرعاية الصحية.
- ✓ تطوير العديد من وسائل أدوات التواصل السمعية والبصرية واللمسية.
- ✓ الاتجاه السائد والذي ينادي بدمج ذوي الإعاقة البصرية وتعليمهم في المدارس العادية.
- ✓ تغير الاتجاهات الأسرية والاجتماعية نحو المكفوفين.

إن أثر الكف على الخصائص المعرفية للطفل ذي الإعاقة البصرية وقد لا يكون ملحوظا في الشهور الأولى من عمر الطفل ولكن عندما يبلغ عمر الطفل ذي الإعاقة البصرية ٤_٥ شهور فهو لا يندفع إلى الأشياء التي توضع بين يديه، أو يوجه يديه نحوها وهذا يؤخر انتباهه إلى العالم من حوله، ومع أن حاسة السمع واللمس قد تعطيا نماذج منظمة لكنهما لا تؤديان نفس الوظيفة المتكاملة والكلية التي تؤديها الإبصار لذا فإن الطفل ذي الإعاقة البصرية يجد صعوبة في تمييز نفسه عن الآخرين وفي مرحلة

متقدمة يجد صعوبة في عملية التمثيل والموائمة (في مرحلة ما قبل العمليات حسب مراحل النمو المعرفي لبياجيه) وذلك بسبب محدودية الخبرات البيئية ويصعب على الطفل ذي الإعاقة البصرية الوصول إلى الأشياء الصغيرة جدا والكبيرة جدا، أو البعيدة والحيوانات الخطيرة وكذلك مفهوم اللون والعلاقات المكانية كما يجد الطفل ذي الإعاقة البصرية صعوبة في إدراك مفهوم الوقت والمسافة هذا وقد أشار وارن Warren (1984) إلى أنه على الرغم من أن هناك تأخرا ملحوظا من الناحية المعرفية لدى الطفل ذي الإعاقة البصرية مقارنة بالمبصرين إلا أن هذه الاستنتاجات غير مقبولة لأن الأهم هو مقارنة فئة الأفراد ذوي الإعاقة البصرية ببعضهم البعض وليس بالمبصرين.

يواجه الطفل ذي الإعاقة البصرية عقبة في الانتقال من مرحلة العمليات الملموسة (الطفولة الوسطى) _ حسب بياجيه _ نظرًا للصعوبة التي تواجهه في نمو بعض المفاهيم لديه، وقد يظهر عليه بطء في النمو اللغوي فيمضي وقتا أطول من الطفل المبصر لربط الكلمة بمعناها وعادة ما تنمو المفاهيم لديه بواسطة توفير النماذج وكذلك وصف وتفسير الآخرين.

إن ذكاء الأطفال ذوي الإعاقة البصرية نسبي فهو يختلف من طفل لأخر وهذا التباين لا يختلف عما لدى أقرانه من المبصرين ويواجه تقييم القدرات المعرفية للمكفوفين عددا من العقبات من أهمها أن الاختبارات التي تستخدم لتقييم قدراتهم لم تصمم أصلا من أجل ذوي الإعاقة البصرية، كما لم تطبق على عينات من ذوي الإعاقة البصرية وإنما صممت للمبصرين لذا فإنها اختبارات غير مناسبة للاستخدام مع ذوي الإعاقة البصرية بوضعها الأصلي.

ولا تشير الدراسات أي فروق كبيرة في النمو المعرفي بين ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين ومازالت هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث في هذا الجانب.

وبشكل عام فإن بعض الدراسات أشارت إلى أن الطفل ذي الإعاقة البصرية لديه معلومات أقل عن البيئة من زميله المبصر كما أنه أقل قدرة على التخيل ويعاني من

تأخر في تعلم المفاهيم ويواجه صعوبة في معرفة العلاقات بين الأشياء وفي تمييز الأجزاء التي يتكون منها الكل.

ومن أهم العوامل المؤثرة في النمو المعرفي درجة الضعف البصري الذي يعاني منه الفرد ذي الإعاقة البصرية في القدرة البسيطة على الرؤية تؤدي إلى تغيرات ذات أهمية كبيرة فيما يتعلق بالمعارف المتوفرة للطفل، لذا فإن وجهة النظر السائدة هي الإسراع قدر الإمكان في تدريب هؤلاء الأفراد على استخدام البقايا البصرية بكفاءة وتشجيعهم من أجل ذلك ومن ناحية أخرى فيجب أن ينتبه أولياء الأمور إلى ردود أفعالهم وأثرها المعرفي لدى طفلهم ذي الإعاقة البصرية إذ أن أسلوب الحماية الزائدة الذي يلجأون إليه عند تعاملهم مع أبنائهم ذوي الإعاقة البصرية يمكن أن يؤدي بهم إلى الاعتمادية أي اعتمادهم على الآخرين في معظم شئونهم وفي نفس الوقت تقلل من احتمالات قيامهم بوظائفهم بشيء من الاستقلالية كما تضعف احتمالات تعلمهم من خلال محاولة التعرف على البيئة والتعامل معها.

ويمكن للأهل، أو المسئولين عن تربية الطفل ذي الإعاقة البصرية، أو ضعيف البصر أن يؤدوا دورًا مهمًا ورئيسًا في إتاحة فرص النمو المعرفي المناسبة لهما ومن أهم جوانب هذا الدور ما يلي :

(١) ضرورة التركيز على المثيرات البيئية الايجابية التي توفر فرص النمو المعرفي المناسبة.

(٢) أهمية تزويد الطفل بالخبرات المتنوعة والتي تساعده في الوصول إلى تطور معرفي مع التركيز على باقي حواس الطفل ليصل في الأشياء في البيئة بسهولة.

(٣) المحاولات الدائمة لتشجيع الطفل على الاستفادة القصوى للبقايا البصرية لديه.

(٤) محاولة إلحاق الطفل رياض الأطفال مع أقرانه من العاديين للتفاعل معهم.

(٥) مداومة الحديث مع الطفل وإعطائه تفسيرا شاملا للأحداث المختلفة التي يتعرض لها والتي يستفسر عنها.

(٦) توفير فرص المشاركة في الأنشطة المختلفة وخاصة في مجال الألعاب والنواحي الاجتماعية.

إن لدى الطفل ذي الإعاقة البصرية نقصا وعجزا شديدا في معرفة الأشياء كما هي تماما إلا إذا جاءته هذه الخبرة عن طريق الآخرين لأنه لم يعرف الأشياء عن قرب أي عن طريق حواسه فمعرفته بالعالم المحيط به محدودة بما يصفه له الآخرون وكذلك بالاعتماد على خبراته الحسية في مجال السمع واللمس أي أن خبراته ناقصة ومشوهة ولذلك تكون معارفه في هذا المجال غير مناسبة وتأسيسا على ذلك يكون لدى هذا الفرد مشكلات في عدد من المجالات منها :

- معرفة الشكل والحجم والمظهر العام للأشياء.
- عدم معرفة المكان الذي يتواجد فيه وشكله وتضاريسه ومواقعه.
- عدم معرفته بالأشياء كما هي في الواقع.
- اعتماده على التشبيهات كتشبيه شئ بشيء آخر.
- عدم إدراك وجود الآخرين إلا من خلال أصواتهم، أو لمسهم.
- إدراك الشكل والعلاقات المكانية عن طريق حاسة اللمس.

كما أن هناك صعوبات تواجه ذي الإعاقة البصرية وتتعلق بتكوين المفاهيم وذلك في العديد من المجالات منها :

(١) عدم وجود خبرات حسية بصرية عن الأشياء وكيفية تشابكها مع بعضها البعض.

(٢) الصعوبة في التعلم وذلك بسبب عدم قدرتهم على استكشاف البيئة.

(٣) النقص في الخيال والقصور في الأنشطة المتعلقة بالمفاهيم.

(٤) عدم القدرة على رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة.

(٥) اقتصار معرفة الأشياء على المستوى الحسي والوظيفي.

إضافة على الصعوبات الناشئة عن قصور الوعي الكافي وصورة الجسم لدى ذي الإعاقة البصرية وذلك في المجالات التالية :

(١) هناك صعوبة في معرفة الحجم والشكل والعمق والمساحة (طول، عرض) الخاصة بالأشياء.

(١) الصعوبة في فهم العالم المحيط بذي الإعاقة البصرية.

(٣) الصعوبة في تصور أجسامهم وأشكالهم وشكل كل عضو من أعضاء الجسم

إن الخصائص المعرفية للكفيف تضع أيدينا على جملة من المفاهيم والمدركات التي يجب أن يضعها كل من المربي وولي الأمر في اعتباره ونصب عينيه ليتمكن من توجيه الطفل ذي الإعاقة البصرية ومساعدته ليسلك بشكل صحيح مستفيدا من بقاياه البصرية_ إن وجدت_ وكذلك استثمار باقي الحواس لأقصى ما تمكنه قدراته وإمكانياته والتدريب المستمر لتلك الحواس حتى ينمو نموا متكاملا شاملا لكل النواحي بما يحقق له التفاعل والاندماج مع البيئة التي يعيش فيها كي يعدل من مفهومه وقدراته ويؤدي في النهاية إلى شعور ذي الإعاقة البصرية بالأمن والأمان.

تقييم ذكاء ذوي الإعاقة البصرية:

ومن أهم مقاييس المستخدمة في حساب معامل ذكاء ذوي الإعاقة البصرية مقياس وكسلر، وفيما يلي عرض لهذا المقياس:

(١) مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين (الجزء اللفظي):

يتمتع مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين بأولوية في استخدامه على ذوي الإعاقة البصرية نظرًا لما له من أفضلية نسبية عن بديله الآخر وهو مقياس

ستانفورد - بينيه للذكاء. ويذكر كرونباخ (1970) Cronbach في هذا الصدد أن الممارسة الواسعة لقياس الذكاء باستخدام مقياس ستانفورد - بينيه أظهرت وجود عدد من أوجه النقص في هذا المقياس مثل تعقد الجوانب الفنية لحساب معامل الذكاء وتفاوت الانحرافات المعيارية بين المراحل العمرية المختلفة والفروق في معاملات الذكاء بين الذكور والإناث.أي أن مقياس وكسلر قد صمم لتلافي الثغرات الموجودة في اختبار ستانفورد بينيه. هذا: بالإضافة إلى صلاحية مقياس وكسلر - الجزء اللفظي - للاستخدام مع ذوي الإعاقة البصرية.

ويتكون مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين من الأسئلة السهلة نسبيًا التي يتألف منها مقياس وكسلر - بلفيو الأصلي. وينقسم المقياس إلى قسمين أحدهما لفظي والآخر أدائي، و كذلك المجموع الكلي للاختبارات الفرعية الإثني عشر التي يتكون منهما قسما الاختبار. هذا، ويقتصر التطبيق على الجزء اللفظي على ذوي الإعاقة البصرية، حيث يتطلب القسم الأدائي استخدام حاسة البصر كشرط جوهري لإتمام المهام التي يتطلبها هذا القسم. ولذلك سوف نكتفي في وصف المقياس بعرض القسم اللفظي فقط.

يشتمل القسم اللفظي على ستة اختبارات فرعية هي:

(١) **المعلومات:** ويشتمل على أسئلة تقيس مدي المعلومات الباقية على المدى الطويل وُتغطي مجالاً ًمتنوعًا من المعلومات التي ُيتوقع أن يكون الفرد مزودًا بها من خلال الثقافة القائمة. ويتضمن هذا الاختبار (٣٠) سؤالاً منها: أين يقع السد العالي؟. ما هي درجة حرارة جسم الإنسان؟

(٢) **الفهم العام:** ويهدف إلى قياس التقديرات والأحكام العامة، وما يجب عمله تحت ظروف معينة، ولماذا يجب القيام بأعمال معينة، ويتضمن الاختبار (١٢) سؤالا ًمنها: تعمل إيه إذا جرحت صباعك؟، ليه لازم يكون فيه قوانين؟

(٣) **الحساب:** يضم الاختبار(١٦) مسألة حسابية متدرجة الصعوبة. وفي الأحوال العادية عندما يكون الطفل فوق (٨) سنوات وليس لديه ضعف عقلي، يتم البدء من المسألة الرابعة. وُتقرأ المسائل شفهيًا للمفحوص، ويجيب عليها في زمن ُمحدد ُمتفاوت من سؤال لآخر، وتقدم المسائل الثلاث الأخيرة على بطاقات. وفي حالة الأطفال ذوي الإعاقة البصرية يتم الاستيعاض عن هذه الخطوة بمضاعفة الوقت المخصص لكل مسألة من المسائل الثلاث وتُقدم شفهيًا. والمسائل الحسابية مشابهة لما ُيدرس في المستوي الابتدائي ومنها: كان عند البقال (١٢) رغيف، باع منهم (٥)، يبقي يفضل عنده كام رغيف؟، ٣٦ تساوي تلتين أي عدد؟

(٤) **المتشابهات:** ويتضمن (١٦) زوجًا من المفردات، ُيطلب من المفحوصين ذكر وجه، أو أوجه التشابه الجوهرية بين الاثنين. والأسئلة الصعبة، ويمكن البدء من المسألة الخامسة إذا كان الطفل فوق (٨) سنوات ولا يعاني من القصور العقلي، أمثلة: ما هو وجه الشبه بين: البرتقال. الموز. الهواء. الماء؟

(٥) **إعادة الأرقام:** والهدف من هذا الاختبار هو قياس مدي الانتباه والتركيز، وكذلك الذاكرة قصيرة المدي. ويتكون الاختبار من سلسلتين من الأرقام، ُيطلب في السلسلة الأولي إعادة ذِكر ما سمعه المفحوص من أرقام بنفس ترتيب سماعها. وكلما نجح المفحوص في ذِكر العدد الصحيح بنفس الترتيب، ُيزاد رقم جديد إلى العدد. ويأخذ المفحوص درجته على أساس العدد الصحيح من الأرقام التي أفلح في إعادة ذكرها بصورة صحيحة. أما السلسلة الثانية فهي مماثلة للسلسلة الأولى تمامًا ولكن ُيطلب من المفحوص أن ُيعيد ذِكر الأرقام بعكس ما ُتليت عليه. هذا وتتضمن السلسلة الأولي من (٣) إلى (٩) أرقام، وتضم السلسلة الثانية من (٢) إلى (٨) أرقام.

(٦)**المفردات:** يتكون الاختبار من (٤٠) كلمة متزايدة الصعوبة، ُتقدم شفهيًا وُيطلب من المفحوص أن يذكر معني كل كلمة. والاختبار بذلك يقيس الحصيلة

اللغوية للطفل ومقدار استيعابه لمفردات و معاني الكلمات. ومن آمثلة الكلمات: منديل، يبكي، طريق، ظلام، جاسوس، خلود.

وعند التصحيح. يراعي استبعاد اختبار المعلومات من الدرجات لأنه يشتمل على معلومات موضوعة منذ الستينيات، وبعضها لم يعد يتلاءم مع ما يتوفر اليوم في بيئة الأطفال من معلومات.

وفيما يتعلق بحساب ثبات هذا الجزء من مقياس وكسلر حُسبت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس اللفظي لمجموعات عمرية مختلفة. وقد بلغ متوسط معاملات الثبات بالتجزئة النصفية (٠.٩٤) للمقياس اللفظي، وبإعادة التطبيق (٠.٩٣) .

كما قام عدد من الباحثين بحساب الصدق التلازمي باستخدام محك التحصيل الدراسي. وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٥٠) إلى (٠.٦٠) وكما هو متوقع، كانت معاملات المقياس اللفظي أعلي. كما حسبت معاملات ارتباط مقياس ستانفورد - بينيه، فبلغت (٠.٧٣) للمقياس الكلي. وكانت معاملات المقياس اللفظي مرة أخري أعلي. وعلي هذا، يمكن القول بأن مقياس وكسلر للراشدين والمراهقين مقياس جيد لقياس ذكاء الراشدين والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية ويتفق في الخصائص مع كثير من الاختبارات الفردية. وقد أُستخدم مقياس "وكسلر" للذكاء على عينات من ذوي الإعاقة البصرية في بعض الدراسات منها دراسة إبراهيم قشقوش (١٩٧٢)، والطيب (١٩٨٠)، وسعفان (١٩٩١)، وعبد الحميد (١٩٩٥)، والببلاوي (١٩٩٩).

(٢) مقياس ستانفورد ـ بينيه للذكاء (الصورة الرابعة) :

يعد مقياس ستانفورد - بينية للذكاء من أكثر الاختبارات شهرة وأوسعها استخدامًا ويرجع تاريخ هذا المقياس إلى محاولات بينية وسيمون في فرنسا عام ١٩٠٥،

ثم مراجعة تيرمان وتلاميذه في جامعة ستانفورد بكاليفورنيا واعداده ليصلح للاستخدام في البيئة الأمريكية عام ١٩١٦، وظهرت المراجعة الثانية تحت إشراف تيرمان وميريل عام ١٩٣٧ وكانت صورتين (ل، م) امتد كل منهما إلى مدى عمري أوسع، كما أعيد تقنين المقياس على عينة أصدق تمثيلاً للمجتمع الأمريكي، ثم ظهرت المراجعة الثالثة عام ١٩٦٠ في صورة واحدة (ل . م). تشمل أحسن ما في الصورتين (ل)، (م) من فقرات حتى تلاحق التقدم الحضاري فضلاً عن مراجعة تصنيف الفقرات حسب مستوى صعوبتها وقدرتها على التمييز بين الأعمار المختلفة والإقلال من الفروق بين الجنسين.

أما الصورة الرابعة من مقياس ستانفورد بينيه للذكاء فقد صدرت في الولايات المتحدة عام ١٩٨٦ والتي أعدها ثورنديك وهاجن وساتلر في ضوء إستراتيجية تختار بموجبها عينة عريضة عن مدى كبير من المهام المعرفية التي تنبئ بالعامل العام للذكاء. ويتمثل نموذج تنظيم القدرات المعرفية في الصورة الرابعة من المقياس في ثلاثة مستويات :

المستوى الأول : عامل الاستدلال العام (في المستوى الأعلى).

المستوى الثاني : تمثل في ثلاثة عوامل عريضة في مجالات أكثر تخصصًا هي : الاستدلال اللفظي، والاستدلال الكمي، والاستدلال المجرد / البصري.

ويندرج تحت هذه المجالات خمسة عشر اختبارًا تخصصيًا على النحو التالي :

(١) الاستدلال اللفظي / ويتضمن اختبارات : المفردات والفهم، والعلاقات اللفظية.

(٢) الاستدلال المجرد / البصري : ويندرج تحته اختبارات : تحليل النمط، والنسخ والمصفوفات وثني وقطع الورق.

(٣) أما الاستدلال الكمي : فيندرج تحته : الاختبار الكمي، وسلاسل الأعداد،وبناء المعادلة.

(٤) أما الذاكرة قصيرة المدى : فتشمل اختبارات : تذكر الجمل، إعادة الأرقام، تذكر الأشياء.

وبذلك يمكن الحصول على خمس عشرة درجة معيارية وأربع درجات معيارية عمرية للمجالات الأربعة. فضلاً عن درجة مركبة. وبذلك يمكن رسم صفحة نفسية فارقة (بروفيل) (مليكة، ١٩٩٨، ٧٠١). وكان مليكة (١٩٩٤) قد قام بتعريب المقياس. بقصد توفير إمكانية المقارنة الثقافية حاول فيه الاحتفاظ قدر الإمكان بمواد المقياس الأصلية التي يفترض أنها متحررة نسبيًا من تأثيرات العوامل الثقافية مثل: اختبارات الاستدلال التجريدي . البصري. واختبار تذكر الخرز. وتذكر الأشياء. وإعادة الأرقام. وبعض اختبارات الاستدلال الكمي . فيما عدا ما يتعلق منها بالعملات وأسعار السلع والخدمات والأجور. وفي مجال الاستبدال اللفظي تم تغيير عدد من المفردات والأسئلة غير المألوفة ثقافيًا.

ولقد أورد مليكه معايير التقنين الأمريكية التي أجريت على أكثر من ٥٠٠٠ فرد تبدأ من عمر سنتين. كما أورد معاملات ثبات المقياس باستخدام أسلوب كيودر . ريتشارد سون والتي تراوحت بين ٠.٩٥ . ٠.٩٩. وكانت معاملات ثبات المجالات الأربعة تتراوح بين ٠.٨٠ . ٠.٩٧. وبالنسبة للمقاييس الفرعية كانت معاملات الثبات تتراوح ما بين ٠.٨٠ إلى أعلى من ٠.٩٠ بقليل.

أما بالنسبة لصدق المقياس : فقد تم حسابه بعدة طرق منها التحليل العاملي لمكوناته فكشفت نتائج التحليلات العاملية عن تشبعات عالية بعامل عام في كل الاختبارات مما يدعم استخدام درجة مركبة كلية. كما حسب صدق ارتباط المقياس باختبارات ذكاء أخرى منها الصورة ل . م ومقياس وكسلر بلفيو للذكاء. كما تم تطبيقه على فئات مختلفة من ذوي الإعاقة الفكرية وذوي صعوبات التعلم والعاديين والمتفوقين عقليًا، وكانت نتائجها مدعمة لقدرة المقياس على التمييز بين الجماعات المختلفة.

أما في مصر فقد تم إعداد الجداول المعيارية طبقًا لعينه مكونة من مجموعتين : الأولى من سن سنتين و ١٥ يوم إلى ١١ شهر . ٢٩ سنة عددها ٢٤٠٨ فردًا من الجنسين. والثانية من ١٥ يوم، ١١ شهر، ٢٩ سنة إلى ما فوق السبعين وعددها ٦٤٤ فردًا من

الجنسين وأخذت العينة من ١٨ محافظة من محافظات مصر، ومن المستويات التعليمية والمهنية المختلفة.

وأشارت النتائج المبدئية إلى أن المقياس يتسم بثبات مرتفع نسبيًا عند استخدام معادلة كيودر . ريتشارد سون، حيث تراوحت معاملات الثبات من ٠.٨٢ (التذكر الأرقام)، ٠.٨٥ (للعلاقات اللفظية)، إلى ٠.٩٧ (التذكر الموضوعات)، ٠.٩٥ (لكل من تحليل النمط والفهم)، أما الثبات بطريقة الإعادة فقد كانت بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة (ن = ٣٠ طفلاً) تتراوح بين ٠.٥٣ لاختبار النسخ ٠.٨٦ لتذكر الجمل، إلى ٠.٦٤، للاستدلال المجرد / البصري، ٠.٦٦، للاستدلال الكمي ٠.٨٧، للاستدلال، ٠.٨٨ للذاكرة قصيرة المدى ٠.٨٧ الدرجة المركبة.

أما عن صدق المقياس فقد حسبت مصفوفة معاملات الارتباط بين الدرجات الفرعية للفئات العمرية من ٢ إلى أقل من ٣٠ سنة، وكانت جميعها موجبة مما يشير إلى احتمال وجود عامل مشترك بينها وفي مجموعة التقنين من ٣٠- ٧٠ سنة فما فوق، فقد كانت معاملات موجبة وتميل إلى الارتفاع عن مثيلاتها في الفئات العمرية الأصغر.

الفصل السابع

التقييم النفسي لذوي الإعاقة البصرية

الفصل السابع
التقييم النفسي لذوي الإعاقة البصرية

مقدمة

يؤثر موقف ذوى الإعاقة البصرية من الإعاقة بشكل كبير في تكيفهم؛ فإذا كان ذو الإعاقة البصرية متقبلاً للإعاقة كانت نظرته للحياة متفائلة وايجابية، وجعله ذلك يشعر بمعنى الحياة بشكل أفضل فيُنجز ما عليه انجازه بل ويبدأ في الابتكار أيضًا. أما إذا كان رافضا فهذا سيجعله يعاني من صراعات نفسية، واحباط، وشعور بالفشل، وعدم النجاح، وتقدير ذات منخفض. كما أن هناك بعض المشكلات الأخرى التي تواجه ذوى الإعاقة البصرية ومنها: خبرته بعالم الأشياء، وإدراك الشكل، والعلاقات المكانية، ونقص الخبرة، صعوبة في الحركة والتنقل، والاعتماد على الآخرين (عبد العزيز، ٢٠٠٥).

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال إلى أن الأفراد ذوي الإعاقة البصرية يغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الدونية، والقلق، والصراع، وعدم الثقة بالنفس، والشعور بالاغتراب وانعدام الأمن، والشعور بالفشل والإحباط، وانخفاض احترام الذات، واختلال صورة الجسم، والنزعة الإتكالية، وهم أقل توافقا شخصيًا، واجتماعيًا، وأقل تقبلاً للآخرين، وأقل شعورًا بالانتماء للمجتمع من المبصرين، كم أنهم أكثر انطواء، واستخدامًا للحيل الدفاعية من سلوكهم؛ كالكبت، والتبرير، والتعويض، والانسحاب، كما أنهم أكثر عرضه من المبصرين للإضرابات الانفعالية (سليمان، ٢٠٠١).

شخصية الطفل الكفيف والعوامل المؤثرة فيها:

تعد شخصية الفرد هي التنظيم الحسي، والنفسي له باعتباره ناتجًا عن تفاعل العوامل البيئية، والوراثية، ويتكيف هذا التنظيم تبعًا لتجارب الفرد في الحياة والمواقف التي خاضها، وما اكتسبه من خبرات ومهارات ليحدد سمات ومعالم بعينها وهي ما

نطلق عليه سمات شخصية الفرد، والتي بدورها تؤثر على توافق الفرد، أو عدم توافقه، وبمعنى آخر فإن شخصية الفرد تتحدد بوجه عام بالعوامل الفسيولوجية والاجتماعية النفسية، فتتأثر الشخصية بنشاط أعضاء الجسم واكتمالها، ودقتها ومدى قيامها بوظائفها، كما تتأثر بما هو سائد في المجتمع فتكون شخصية الفرد ممثلة لروح الجماعة بتقاليدها، وعاداتها، وأخلاقها؛ لذا يختلف الأفراد باختلاف الجماعات التي ينتمون إليها، وهذا لا يعني أن الشخصية ناتجة عن الخضوع لقواعد الجماعة فلو كان الأمر كذلك لكانت النتيجة تنميط أفراد الجماعة أي تشابه جميع الأفراد تشابها كبيرًا في أنماط سلوكهم؛ فالشخصية إذن ليست شيئًا مفروضًا على الفرد، بل هي نتيجة لما يبديه الفرد من مقاومة تجاه معايير وقواعد المجتمع، أي هي نوع من ردود الفعل الذي يبديه الفرد نحو بيئته، وحتى تتطور شخصية الفرد يجب أن تتكيف هذه الشخصية مع البيئة التي يعيش فيها، وتبدأ شخصية الفرد في التكون عندما يبدأ الطفل أولى مراحل تكيفه مع المجتمع الذي يولد فيه عند أول صرخة يطلقها الوليد معلنا قدومه إلى هذه الحياة، وتتوالى سلسلة متتابعة من عمليات التكيف على المستويين النفسي والاجتماعي تكون متلازمة مع مراحل نمو هذا الفرد وهكذا تتكون شخصية الفرد أيا كان كفيفًا أم مبصرًا؛ إلا أن شخصية الطفل الكفيف تكون أكثر حساسية عند تكيفها مع المواقف، والتجارب، والخبرات، والمهارات تبعًا لدرجة عجزه البصري، وشدته والذي يؤثر على أنماط سلوكه، كما أن خبرات الطفل الكفيف في مجال البصر إما أن تكون محدودة، أو معدومة تمامًا؛ فيبذل الجهد المتواصل لتعويض هذه الخبرات بواسطة حواسه المتبقية إضافة إلى تصوره في تكوين المفاهيم عن المسافات، والأشكال، والألوان والأجسام الضارة.

إن خبرات هذا الطفل محدودة بسبب قصوره الحركي، إذ لا يستطيع الحركة بسهولة كأقرانه المبصرين، وليست لديه المهارات الحركية المناسبة لها؛ مما يجعله

محدودا في تحركه شاعرا بالخوف وعدم الآمن. وأيضا حاجته إلى الاعتماد على الآخرين تؤدي دورا في تكوين هذه الشخصية. ودرجة تكيفه مع ظروف بيئته: فهو يتعرض للقبول أحيانا. والرفض في أحيان أخرى. الأمر الذي يجعله غير مستقر نفسيا وانفعاليًا: فيحاول إرضاء جماعته لينال اهتمامها. ويتحقق له الأمن. أو يتمرد عليها فيهمل من جانب الجماعة، وينسحب داخل ذاته: مما يجعله أكثر قلقا وتوترا وتعرضا للإجهاد العصبي، والشعور بعدم الأمن. وخيبة الأمل.

إن الخبرات التي يتعرض لها الطفل الكفيف داخل أسرته سواء كانت سلبية. أو ايجابية لها تأثير مباشر على بناء وتكوين شخصيته: لأن الشعور بالأمن الذاتي والاتجاهات الايجابية نحو الذات يساعدان على زيادة تطور ونمو المستوى النفسي للطفل. أو حالته النفسية. وهذا يعتمد بشكل مباشر على طبيعة علاقته بالآخرين وخاصة في محيط أسرته: فالأسرة المتصدعة التي يسودها التفكك. وتكثر فيها الخلافات. وتفتقر إلى الأمن. والاستقرار كل ذلك له تأثيره على حالة الطفل النفسية حتى وإن كان طفلاً مبصرًا: فما بالنا بهذا الطفل الذي يعاني من عدد من المشكلات نتيجة قصوره البصري: فيعيش في جو مشحون بالتوتر. والخوف. والقلق أضف إلى ذلك مستوى الأسرة الاقتصادي الاجتماعي الثقافي فإن له تأثيرا نوعيا على مكانة الأسرة ووضعها وأسلوب تفاعلها مع أطفالها ومنهم هذا الطفل الكفيف.

إن الطفل الكفيف يمكن أن يستجيب اجتماعيًا للمحيطين به خلال الستة أشهر الأولى من عمره ومع نهاية عامه الأول يصبح قادرا على تكوين علاقات اجتماعية مع الكبار وأكثر منها مع الصغار خاصة مع والديه. وأخواته. واتساع بيئته. وفي عامه الثاني تنمو قدرته على المشي، والحركة من مكان لآخر: ونتيجة لذلك تبدأ علاقاته الاجتماعية مع الأطفال الآخرين. وهنا ينبغي على الأم أن تنتبه لذلك فتشجع الطفل على التفاعل مع المحيطين، وأيضا تشجع الكبار من حوله لمساعدته على تحقيق

التواصل الاجتماعي مع الآخرين، كما يجب أن تهيئ له الفرصة تلو الأخرى لتنمية هذه العلاقات الاجتماعية، ومعظم انفعالات الطفل وعلاقاته الاجتماعية في هذه المرحلة تكون مرتبطة بالأم وتركز عليها نظرا لعنايتها به ورعايتها له، وقد أشارت بعض الدراسات في هذا المجال إلى أن طفل هذه المرحلة يجد متعة كبيرة للاتصال اللمسي بأمه فهو يرغب في ملامستها لأن الاتصال بالأم حاجة فطرية لدى الطفل ومن الخطأ في هذا السياق أن نرجع الصعوبات التي يواجهها الطفل الكفيف في حياته بشكل عام سواء من الناحية الاجتماعية، أو الانفعالية إلى الكف البصري وحده، إذ أن كثيراً من الصعوبات التي يعاني منها الطفل الكفيف لا تكون نتيجة لعجزه البصري بقدر ما هي نتيجة سوء العلاقات الاجتماعية، والانفعالية، وأساليب التنشئة الأسرية، من هنا يمكن القول بأن هناك شخصًا كفيفًا ولكن لا توجد شخصية كفيفة.

بعد هذا الطرح يمكن للمرء أن يستقرئ بشيء من اليسر أن التعامل مع الطفل الكفيف ينبغي أن يكون مرتكزًا على مجموعة من الاعتبارات التي تؤخذ في الاعتبار، كالظروف والعوامل الخاصة التي تنتج، أو تتأثر بكف البصر، وأنها تعد محددات رئيسة لسلوكه وتصرفاته، وعن طريقها يمكن تفسير اتجاهاته، وأن شخصيته هي المحور الرئيسي لكيفية هذا التعامل انطلاقًا من كون هذه الشخصية هي نتاج التجارب والعوامل البيئية والوراثية للفرد؛ لذا يجب أن تشتمل أي معلومات، أو بيانات عن شخصية الطفل الكفيف على بيانات استيضاحية عن الجنس، والعمر، والترتيب الأسري، ومكانة الأسرة، وحالتها الاقتصادية الاجتماعية الثقافة، والخبرة، والتجارب السابقة، إضافة إلى بيانات أخرى إضافية عن أي صعوبات، أو مشكلات جسمية لدى الطفل الكفيف، ذلك لأن وجود مثل هذه المشكلات، أو الصعوبات يلقي كثيرًا من الضوء حول سلوكه الذي سوف يكون بالضرورة متأثرا بها: إضافة إلى إعاقته الأصلية، وتتأثر شخصية الطفل الكفيف خلال تطورها وتكيفه المتتالي بعدد من العوامل من أهمها:

{١} درجة الكف البصري:

كباقي فئات الإعاقة فإن الأطفال المكفوفين ليسوا مجموعة متجانسة، حيث آن المشكلات البصرية ليست واحدة من حيث الأسباب، وشدة الإصابة، ومجال البصر والقدرة على الإبصار من عدمه، أو المستوى المتدني منه: فكما هو معروف في تعريف الإعاقة البصرية أنها تشمل مدى واسع يختلف من الإعاقة الكلية (الكف الكامل) إلى قدر من الإبصار (أو ضعف البصر)، وفيما بين الفئتين أشخاصًا متفاوتين في درجة الإبصار: فمنهم من لا يستطيع أن يرى إلا أشباحًا سوداء ومنهم من لا يميز إلا بصيصًا من الضوء المتحرك، ولا يميز طبيعته، وهذه العيوب البصرية بمستوياتها المختلفة تؤثر تأثيرًا متفاوتًا على حركة الطفل الكفيف وتنقله، وكذلك على قدرته على التفاعل الاجتماعي، ومدى استعداده للتعلم والتأهيل، كما تؤثر على شخصيته من حيث ثقته بنفسه وقدرته على الاعتماد على ذاته ودرجة شعوره بالعجز وكذلك مستقبله وفرصة تكوين أسرة في المجتمع وأيضًا نوع المعينات البصرية المناسبة والخدمات التربوية الملائمة لحالته، وأيضًا الأعباء المالية التي تتطلبها حالته، وتقاس حدة إبصار الطفل الكفيف بواسطة لوحة "سنلن"، والحدة البصرية كما يقررها الاختيار ليست دائما دليلا قاطعا على سلامة بصر الفرد، أو كفاءته البصرية، إذ أن بعض الأفراد ضعيفي البصر ربما يستعملوا نظرهم بشكل أفضل من الأفراد ذوي النظر الحاد، وقد يرجع ذلك إلى عوامل ذاتية كالذكاء العام مثلاً، أو مؤثرات بيئية، ومن المحتمل تدخل عوامل وراثية كالميل إلى أنواع خاصة (تصويرية - بصرية - سماعية) خصوصًا إذا كان الفرد قد أصيب بالكف البصري بعد مرور فترة من حياته يكون قد كون خلالها بعض العادات الحسية، أي أن مجال الخبرة في هذه الحالة لا يعتمد على البصر بل يعتمد على حواسه المتبقية وتفاوت استعدادات وقدرات الطفل الكفيف تبعا لتباين درجات الفقد البصري.

{٢} عمر الطفل عند حدوث الكف البصري:

تتحدد خبرات الطفل الكفيف المرتبطة بالأشكال، والألوان، والأحجام، والمساحات والأماكن، وصور الأشياء ... وغيرها لديه بحسب السن الذي حدث فيه الكف البصري؛ فالأطفال الذين يولدون مكفوفون، أو يصابون به في أوائل حياتهم وعلى وجه التقريب قبل سن الخامسة، أو عندما يكونوا شيوخًا: فسوف يلاقوا مشكلات مختلفة كما يحتاجوا إلى خدمات وأساليب تدريبية مختلفة، وعلى أي الحالات: فالطفل الذي يصاب بالكف خلال هذا العمر يكاد يتساوى مع الطفل الذي ولد مكفوفًا نظرا لأن الصور والمعلومات البصرية الذهنية التي اكتسبها تنزع إلى التلاشي التدريجي من مخيلته وذاكرته بمرور الوقت. ومن ثم يعتمد إلى حد كبير على تجاربه وخبراته التي يكتسبها عن طريق حواسه المتبقية وذلك لفهم العالم المحيط به وفي تكوين المفاهيم لديه كاستخدام اللمس في الاتصال المباشر ببعض الأشياء التي تقع في متناوله وتمييز أشكالها وسطوحها وخصائصها التركيبية، وعلى العكس من ذلك الطفل الذي حدث له الكف البصري بعد هذا السن فإن تلك الصور والمعلومات البصرية الذهنية المختزنة لديه ميل إلى أن تبقى نشطة وفعالة في مجاله الإدراكي، حيث يمكنه في معظم الأحيان استرجاعها واستحضارها والإفادة منها كمادة خام في بناء انساق وتركيبات تخيلية جديدة وأيضًا في تكوين المفاهيم وأثناء عملية التعليم والتدريب، ومع ذلك يبدو أن الأطفال الذين يصابون بالكف البصري مبكرًا ربما يكونوا أكثر توافقًا على المستويين الشخصي والاجتماعي وأكثر شعورًا بالرضا من أولئك الذين يصابون به في سن متأخرة، وذلك لأن الأطفال الذين يصابون مبكرًا غالبا يستفيدون من حواسهم المتبقية بشكل كامل ويدربونها بشكل متواصل ومكثف كبدائل لحاسة الإبصار ويتكيفون مع إعاقتهم كأمر واقع، على العكس من أولئك الذين يصابون في سن متأخرة فيستغرقون وقتًا أطول حتى يصلوا إلى درجة التكيف ويكون شعورهم بالصدمة

والأسى والألم النفسي قويا. وعموما فإن كل طفل كفيف يعد حالة خاصة لها مشكلاتها. وصعوباتها الخاصة ولها وسائلها وطرقها للتكيف والتعامل والتفاعل الأمر الذي يدعو إلى اللجوء إلى وسائل وأساليب التنشئة السوية لهؤلاء الأطفال وتدريبهم وتأهيلهم بشكل صحيح.

{٣} أسباب الكف البصري:

إن بعض عيوب البصر قد تنتج عن أمراض جسمانية لا تصيب العين وحدها. حيث أن كثيرا من الأمراض تؤدي دورا كبيرا في حدوث الكف البصري: مثل: مرض السكر. أو الدرن الرئوي. أو الزهري وغيرها إلا أن لكل منها أثره الخاص في حدوث الإعاقة بل إحداث إعاقات أخرى مصاحبة لها فعلى سبيل المثال مرض السكري فحالة المريض تتدهور تسبب نزفا في العين يترتب عليه ضررا بالغا قد يؤدي في بعض الأحيان إلى فقد البصر كليا مما سيؤدي بالفرد إلى مواجهة مشكلات أخرى غير مشكلته الصحية تتمثل في المشكلات التربوية والاجتماعية المترتبة على ذلك. فتتضاعف مشكلات هذا الفرد وتزداد حاجته إلى البرامج التربوية كما تتأثر طرق تواصله مع الآخرين ودرجة تقبل الآخرين له. ويمكن أن يكون سبب إصابة الفرد بالكف البصري ناتجا عن صدمات مفاجئة. أو رضوض عنيفة. أو رفع أجسام ثقيلة وما يصاحبها من مشكلات الانحناء. أو تعرض العين للتلف بسبب تطاير الشظايا. أو الأجسام الحادة فيؤدي إلى ثقب العين. أو انفصال شبكي: لذا تبدو أهمية هذا العامل في أن يؤخذ بالاعتبار سبب إصابة العين بالكف البصري: لأنه سيتوقف على هذا السبب الطرق العلاجية المناسبة. والتدخلات التربوية والاجتماعية. والخدمات المناسبة لكل حالة.

{٤} الطريقة التي حدث بها الكف البصري:

يحدث الكف البصري بطرق متعددة وفي فترات زمنية متباينة: فالإصابة لا تحدث بطريقة واحدة فمنها ما يحدث بشكل مفاجئ. ومنها ما يحدث بشكل تدريجي. أو بطيء.

فالإصابة المفاجئة تحدث كصدمة لا يفقد الفرد فيها حاسة مهمة من حواسه بل هي أهم الحواس فحسب؛ وإنما يشعر نحو ذلك بالحزن الشديد، ويعد ذلك كارثة قد حلت به، ويتولد لديه شعوراً بالأذى والحرمان، وعدم الرضا عن وضعه الجديد، ويشعر نحو الإعاقة بنفس الشعور الذي يشعر به الآخرون نحو ذوي الإعاقة، وتتضخم أفكاره بأنه أصبح عاجزاً وعالة على غيره وتتأثر حياته الاقتصادية بهذا العجز المفاجئ وأنه غير قادر على القيام بدوره، أو أداء مهمته في أسرته وسيصبح انطوائياً، ولديه شعور بالدونية، وعدم اللياقة، والكفاية، كما يشعر بخوف من الظلام وتنتابه الأوهام نتيجة الإصابة كأن يفكر في التخلص من حياته بالانتحار. أما إذا كان الفرد قد تعرض للعجز البصري بشكل تدريجي: فيغلب عليه الشعور بعدم الاستقرار، وعدم الأمان، ومن ثم لا يقنع برأي واحد بل يتشبث بأي بادرة أمل وسيكون متفائلاً في استعادة شيء من قدرته على الإبصار، الأمر الذي يدفعه إلى اللجوء إلى الكثير من الأطباء، وفي أغلب الأحيان لا يستطيع الأخصائي أن يقرر الشفاء بشكل مؤكد؛ بل ربما لا يدلي برأي محدد في هذا الشأن؛ فيتسبب في تأجيل الشعور بالخوف وعدم الاستقرار لفترة من الوقت، بما يؤدي إلى الحد من مخاوف الفرد وقلقه ويساعده ذلك على الاستقرار النفسي بعض الوقت وبشكل جزئي.

{٥} شكل العين ومنظرها وحالتها:

إن شكل العين ومنظرها في وجه الشخص الكفيف يؤثر على مظهره الخارجي وشعوره بمشاعر الاستياء؛ فإحساس الشخص بتغير حالة عينه، أو احتمال حدوث هذا التغير وخطورة ذلك يسبب له حالة من القلق، والاضطراب، والتوتر، وعدم الراحة حيث أن هذا العامل له أثره العاطفي والاجتماعي لدى الشخص الكفيف: فجحوظ العين مثلا، أو انغلاقها، أو تغير حالتها، وشكلها عن الوضع الطبيعي يعد تشوها لوجه الفرد، وعندما يستدعي الأمر التدخل لإجراء جراحة بالعين سواء كانت علاجية، أو تجميلية

فإن هذا الإجراء غالبًا ما يقابل باعتراض قوي من المريض، نظرًا لأن هذا الإجراء يقضي على أي أمل لدى المريض في إصلاح بصره، أو على الأقل أن يبقى الوضع على ما هو عليه، لهذا فإن الفرد يظل في حالة من القلق والتوتر والاضطراب مادام هذا الاحتمال قائمًا، حيث أنه يشكل تهديدا للأمن النفسي والاجتماعي للفرد وفي معظم الحالات يلجأ الفرد إلى استخدام نظارة لمحاولة إخفاء بعض هذا التشوه؛ إلا أن قلقه وتوتره يتجدد من حين لآخر.

{٦} التوجه والحركة:

ليست الحركة مجرد انتقال من مكان لآخر فحسب؛ بل تتضمن تفكيرًا ومحاولة لربط مجموعة من العلاقات بين الأشياء والأماكن التي يتحرك فيها الفرد؛ لذا فإن الحركة تعد من العوامل المهمة والمؤثرة في شخصية الطفل الكفيف، إذ أنه يعجز عن الحركة بنفس السهولة والمهارة التي يتحرك بها زميله المبصر عندما يريد توسيع دائرة محيطه الذي يعيش فيه، وتعتمد الحركة والتنقل لدى الطفل الكفيف على درجة إعاقته وطبيعتها وتعقيدها ومدى إمكانية الاستفادة بالمصححات البصرية والمعينات وكذا نوع التدخل العلاجي وتوفره لإنقاذ ما يكون قد تبقى من قدرة بصرية لدى الفرد.

إن سهولة الحركة والتنقل، أو صعوبتها تؤثر بشكل كبير على مدى شعور هذا الطفل بالأمن وعدم الخوف؛ لذا فإن حركته تتسم بالكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات نتيجة تعثره بشيء اعترض طريقه، وهذا يستلزم حاجته إلى الرعاية والمساعدة خارج نطاق بيئته المألوفة لديه منعا للتعرض لمشكلات السير، أو الحوادث التي قد يفقد حياته بسببها وهذا يجعله أكثر تقبلاً للمساعدة من الآخرين حتى لو كان قادرا على الاستغناء عنها، ومن جانب آخر فإن صعوبة الحركة، أو سهولتها تؤثر كذلك على هذا الطفل عندما يكبر من حيث عمليات التأهيل المهني، أو إمكانية

الالتحاق بسوق العمل، أو الحصول على فرصة عمل مناسبة لاعتماده على الآخرين ومدى توفر تلك المساعدة.

{٧} الحالة النفسية للطفل الكفيف:

يعيش الطفل الكفيف عالمًا من الصراعات المتناقضة، والتي تتعلق بقبوله لذاته ورضاه عنها، أو عدم قبوله فقصوره نتيجة الإعاقة يفرض عليه عالمه المحدود الذي يجتر فيه آلامه، ومشاعره الحزينة؛ فعندما يفكر في الخروج من عالمه الضيق ليندمج في العالم الواسع من حوله - عالم المبصرين - يخرج من عزلته فهو محتاج إلى قدر من الاستقلالية والاعتماد على النفس؛ إلا أنه عندما يشرع في ذلك يصطدم بواقعه وهو العجز عن التحرك باستقلالية فيندفع راجعًا إلى عالمه الضيق مرة أخرى شاعرًا بخيبة الأمل، واليأس، ويعاني حينئذ من الاضطرابات النفسية الحادة الناتجة عن الشعور بالعجز عن الحركة والتنقل بحرية، وعدم مقدرته السيطرة على البيئة من حوله كما يفعل المبصرون فهو في موقف صراع إقدام - إحجام وكلها تؤدي دورًا في عدم ثبات انفعالاته؛ فهو يشعر بالقوة تارة فيندفع فيصطدم بالواقع فيشعر بالضعف تارة أخرى فيتراجع، ولكي يخفف الطفل الكفيف من قلقه وتوتراته قد يلجأ إلى آليات الدفاع والحيل اللاشعورية؛ مثل: التبرير، أو الإسقاط، أو التعويض... وغيرها هربًا من هذه الحالة النفسية المتوترة، وقد تكون لديه أيضًا مشاعر متناقضة نحو البيئة، وعناصرها فهو يسلك سلوكا تعويضيًا متحديًا عجزه محاولاً التوجه إلى العالم الواسع من حوله ليخرج من عزلته، وهو في ذلك يحتاج إلى التقبل من الآخرين، أو يتوجه إلى عالمه المحدود منسحبًا ومنعزلاً عن الآخرين وفي كلا الموقفين يصطدم بالمشكلات، والتي قد يقبلها، أو يرفضها فهو في الموقف الأول يحتاج إلى المساعدة، والتقبل، والرعاية وفي الموقف الآخر يحتاج إلى الأمن، والمساندة، وتقدير الذات، وكل هذه المواقف تولد مشاعر غير سوية تجعل الفرد يحيا حياة نفسية غير متزنة تؤثر في شخصيته.

{٨} بيئة الطفل الكفيف:

يقصد بالبيئة في هذا العامل كافة العناصر والمكونات المحيطة بالطفل الكفيف سواء كانت بشرية، أو طبيعية، أو فيزيقية، أو من صنع الإنسان فهي تؤدي دورا مؤثرا في التأثير على شخصية الطفل الكفيف وتشكيلها، أو بنائها فمن جانب نجد أن بيئة الطفل الكفيف ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المرتفع يختلف تأثيرها عن البيئة ذات المستوى المتدني، وذلك لأن هذه البيئة بما تحويه من معارف وثقافة وتعليم ووسائل اتصال ومستوى اقتصادي مناسب تؤدي دورا كبيرا في تفعيل الفرد لإعاقته وكذلك تقبل الآخرين له، أو عدم تقبله كما تهيئ له فرصا ثرية للتطور والنمو وبناء الشخصية نحو السواء، أو عدم السواء ومن جانب آخر تقوم البيئة بدور يتراوح بين مواقف المساعدة والمعاونة، أو مواقف الإهمال وعدم القبول وهذا متصل متعدد الدرجات يقع بين طرفيه العديد من المواقف المعتدلة والسوية التي يغلب عليها تقديم المساعدة الموضوعية الهادفة إلى تنظيم شخصية الطفل الكفيف لتنمو في اتجاه ايجابي نحو الاستقلالية، وذلك بتقديم الدعم النفسي، والاجتماعي، والتربوي له الأمر الذي يساعده على تقبل ذاته وانفتاحه على الآخرين، والاستفادة من الفرص التربوية المتاحة والتي تساعده على تقدير ذاته وتكامل شخصيته، وعدم شعوره بالعجز، والدونية والاعتماد على الآخرين ويترتب على ذلك ردود أفعال تصدر عن الطفل الكفيف وتوصف بأنها ملائمة، ولهذا فإن الاهتمام بتوجيه وارشاد بيئة هذا الطفل لها أثرها في تنمية شخصيته نحو السواء حيث يجد الطفل الفرص المناسبة للنمو المتكامل والتقليل من مشاعر النقص والعجز.

الخصائص النفسية للكفيف:

إن الطفل الكفيف يمكنه - كباقي الأطفال - أن يتعلم كيف يطور شخصية متكافئة ومتوازنة من الناحية الانفعالية، وذلك استنادا لظروف التنشئة الأسرية

والمحيط العائلي الذي يعيش فيه وأيضًا عن طريق اتصاله وتفاعله مع البيئة التي يوجد فيها والأشخاص الذين يتعامل معهم، فكلا الوالدين يقوم بدور مهم وأساسي في تكوين شخصية طفلهما حيث يساعدانه على تكوين مفهومه عن ذاته، وبناء شخصيته المستقلة، والعيش في جو نفسي آمن وسليم، ومليء بالمحبة بعيدا عن التوترات والقلق وعلى وجه العموم فإن العلاقات بين الأفراد داخل المجتمع تتطور وتنمو نتيجة للتفاعل الذي يقوم على تبادل المنافع، والخدمات المادية والمعنوية، وتتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الأفراد بعضهم البعض، أو بين الفرد وبيئته بمقدار درجة هذا التفاعل إيجابًا، أو سلبًا، ويخرج الفرد نتيجة هذا التفاعل بخبرات متنوعة تارة تكون سارة وتارة أخرى تكون غير سارة، ومن ثم يتولد لديه فكرته عن ذاته وعن الآخرين وتتشكل سماته الانفعالية بشكل واضح إذن فطبيعة علاقات الفرد مع الآخرين وما يشملها من تفاعل هي التي تحدد خصائصه الانفعالية.

إن بإمكان الفرد المبصر أن يشارك بقدر ملائم من التفاعل في المواقف المختلفة مستفيدًا من إمكانياته الذاتية، وسلامة حواسه، وقدراته الفعلية والبدنية، أما الطفل الكفيف فإن غياب حاسة الإبصار تفرض عليه نوعا من القصور، والذي يؤدي بدوره إلى معاناته من عدد من المشكلات كالحركية منها، أو الناتجة عن الحماية الزائدة من الوالدين، أو الاعتمادية، أو القصور في العلاقات الاجتماعية؛ مما يؤثر على خصائصه الانفعالية نظرا لإتباع الوالدين أساليب تنشئة غير سوية، أو عدم قدرة على فهم الدور المهم والحيوي لهما في تربية وتنشئة هذا الطفل منذ المراحل المبكرة من حياة الطفل، أو ردود أفعالهما المتناقضة والتي تسهم في حرمان هذا الطفل من كثير من المهارات الأساسية التي تعمل على سرعة توافقه وتوازنه النفسي؛ لذا فإنه ينبغي على أسرة الطفل الكفيف منذ ولادته والمراحل الأولى من حياته أن ندرك الدور المهم والرئيس في عملية تنشئته حيث أن خصائصه الانفعالية تتشكل منذ البداية فإذا كان متقبلاً لإعاقته كانت نظرته للحياة متفائلة وايجابية؛ وبالتالي يكون نموه الانفعالي متجهًا

إلى الايجابية فتقل مشكلاته وصراعاته النفسية، أما إذا تربى على رفض الإعاقة والتنكر لها فستنمو نظرته للحياة متشائمة وسلبية؛ ومن ثم يتجه نموه الانفعالي نحو السلبية فسيعاني من الصراعات النفسية، والإحباط، والشعور بالفشل، وعدم النجاح وتتولد عنها مشكلات أخرى كعدم تكوير أساليب فعالة للتعامل مع البيئة وغيرها.

وأول الارتباطات الانفعالية بين الرضيع والوالدين هي ظاهرة التعلق الاجتماعي والتي تتطور بينهما، وغالبًا ما يصحب تطور هذا التعلق الخوف من الغرباء، ولا شك أن فقدان البصر يمكن أن يؤثر سلبًا على هذه العملية، وعمومًا؛ فالبصر ليس المصدر الوحيد لاكتساب المعلومات المتضمنة التعرف على الأشخاص فالسمع، واللمس، والشم يعدوا مصدرًا لهذا التعرف إذا ما تم الاستفادة منها واستثمارها هذا بالنسبة للأشخاص الذين يرتبط بهم الطفل الكفيف عاطفيًا، أما بالنسبة للغرباء فقد يجعل فقد البصر من الصعب عليه الارتباط بهم.

إن الطفل الكفيف يحتاج إلى مساعدة الوالدين أكثر من إخوانه المبصرين، وهذا قد يؤدي إلى عدم تلبية كثير من حاجاته؛ مما قد يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به وهذا مؤثر بشكل، أو بأخر على علاقته بوالديه فيتولد لديه شعور عام بأنه غير قادر على التحكم ببيئته، وهذا الشعور قد يدفع به إلى الاهتمام بنفسه أكثر من اهتمامه بالمحيط الخارجي، كما أن شعوره بعدم اهتمام الوالدين به، أو عدم معرفة أن الوالدين يلاحظانه أثناء نشاطاته المختلفة قد يولد لديه شعورًا بعدم الأمن؛ مما قد يحد من محاولاته لاكتشاف هذه البيئة.

إن الطفل الكفيف تنتابه مشاعر الغضب نتيجة الصراع الذي يحدث داخله بين رغبة في الاستقلالية، واضطراره إلى الاعتماد على الآخرين فهو يرغب في عمل شيء ما لنفسه، أو القيام بأداء عمل معين وفي ذات الوقت يجد نفسه عاجزًا عن القيام بذلك؛ فيضطر إلى الاعتماد على الآخرين في أداء تلك الأعمال، ومشاعر الغضب هذه يمكن أن

تنتاب الطفل المبصر أيضًا عندما يمنع من القيام بأداء عمل معين بسبب صغر سنه، ولكن هذه المشاعر تختلف في مداها لدى الطفل الكفيف حيث أن الطفل المبصر سرعان ما يتمكن من تطوير قدراته الخاصة بأداء هذا العمل؛ وبالتالي يتمكن من أدائه باستقلالية فتزول مشاعر الغضب لديه، وذلك عكس ما ينطبق على الطفل الكفيف الذي قد لا يتمكن من تطوير مثل هذه القدرات بصورة مناسبة نظرًا لغياب حاسة البصر فيظل معتمدًا على الآخرين في أداء هذا العمل، ولذلك تظل مشاعر الغضب مستمرة بالنسبة له إضافة دوام مقارنة قدراته بقدرات زملائه المبصرين، والتي يتولد عنها الشعور بالعجز، ومن ثم استمرار مشاعر الغضب.

وفي هذا الإطار فإن الطفل الكفيف يشعر في معظم الأحيان بالإحباط والفشل الذي يرجعه إلى عوامل داخلية يدفعه إلى توجيه اللوم لذاته، أو إيذاء و إيلام نفسه في بعض الأحيان، وهذا ما يطلق عليه بالسلوك العدواني الموجه نحو الذات وهو أحد ثلاثة أنماط من السلوك العدواني أولهما: السلوك العدواني الجسمي والذي يتمثل في الاعتداء بالضرب على الآخرين وثانيهما: السلوك العدواني اللفظي المتمثل في السب، والتوبيخ، والشتم، وإلحاق الإهانات بالآخرين، أما الثالث: فهو السلوك العدواني الموجه نحو الذات وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ندرة أداء الأطفال المكفوفين للسلوك العدواني الجسمي أما النمط الثالث وهو العدوان اللفظي فينتشر بين المكفوفين وخاصة الذكور منهم.

ومن الجدير بالذكر أن عملية دمج الطفل الكفيف مع الآخرين، وإشعاره بأنه شخص عادي، وتدريبه على المهارات المختلفة، والتنشئة الأسرية السليمة، والتفاعل الايجابي كلها عوامل تساعده على التوافق النفسي والاجتماعي، ومن ثم ينشأ متزنًا وفي حالة تكيفه سليم من النواحي الانفعالية: نظرًا لأن المواقف الأسرية وأساليب التنشئة لها دور فعال في تكوين الانفعالات السوية لدى الطفل الكفيف.

ومن بين خصائص ذوي الإعاقة البصرية ما يلي:

(١) العصابية:

يعد القلق من أكثر الأمراض العصابية انتشارا بين المكفوفين حيث يتعر الطفل الكفيف بالقلق منذ العام الثاني. أو الثالث من عمره وأن هذا القلق يزداد بازدياد الاعتماد على الآخرين وهناك نوعين من القلق يعاني منها الكفيف أولها (قلق الانفعال) وهو القلق الذي يساور الكفيف في إمكانية اقتطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذين يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياته وفي إمداده بالمعلومات البصرية كالوالدين والإخوة والأصدقاء أما الأخر فهو (قلق الفقدان الكلي للبصر) وهذا النوع يختص بضعاف البصر من المكفوفين إذ يخشون من فقد البقية الباقية من بصرهم ويصبحوا مكفوفين كليا.

ويمكن أن يرجع هذا القلق بشكل عام إلى نقص ثقة الكفيف فيما يتعلق بكفاءته الاجتماعية ومظهره الشخصي وعدم قدرته على التكيف مع كف البصر كما يزداد هذا القلق لدى الكفيف بدخوله مرحلة المراهقة.

(٢) العدوانية:

أشارت العديد من الدراسات إلى ندرة أداء ذوي الإعاقة البصرية للسلوك العدواني الجسمي. بينما السلوك العدواني اللفظي يصدر عن ذوي الإعاقة البصرية بدرجة أكبر من المبصرين. وفيما يتعلق بالسلوك العدواني الموجه نحو الذات فهو عند ذوي الإعاقة البصرية بدرجة أكبر من المبصرين: لأن هذا السلوك ينتج عن الشعور بالإحباط. أو الفشل الذي يرجعونه إلى عوامل داخلية وليس إلى عوامل خارجية مما يدفع ذوي الإعاقة البصرية إلى توجيه اللوم لذواتهم وإيذاء. أو إيلام أنفسهم في بعض الأحيان. وهذا عكس المبصرين الذين يرجعون أساب فشلهم في معظم الأحيان إلى

عوامل خارجية وإلى أشخاص آخرين؛ وبالتالي فإنهم يوجهون سلوكهم العدواني نحو الآخرين (سيسالم، ١٩٩٧).

(٣) الخضوع (التبعية)

نظرًا لطبيعة إعاقة الأفراد ذوي الإعاقة البصرية المتمثلة بالفقدان، أو القصور البصري فقد صحب ذلك العديد من المشكلات التي يواجهها الفرد ذوي الإعاقة البصرية في حياته اليومية و التي منها ما هو متعلق بالحركة و التنقل، أو ما هو متعلق بفهم و تفسير المفاهيم البصرية، أو في تدبير الشئون المنزلية، أو الدراسية: لذا فقد تبع ذلك ضرورة اعتماد ذوي الإعاقة البصرية على المبصرين في مساعدتهم في حل، أو تضييق هذه المشكلات التي يواجهوها في حياتهم اليومية (سيسالم، ١٩٩٧).

(٤) أحلام اليقظة:

قد يشعر ذي الإعاقة البصرية كالشخص العادي بالإحباط فيلجأ إلى أحلام اليقظة في محاولة تعويضية لإشباع نزعاته المختلفة. ويلاحظ أن أحلام اليقظة كأحلام النوم عند ذي الإعاقة البصرية، عبارة عن صور صوتية، وليست بصرية خصوصًا عند ذي العمى الولادي، وفي أحلام اليقظة يحقق ما عجز عن إدراكه، أو فهمه، أو إشباعه في العالم الخارجي؛ ونظرًا للظروف المحيطة بذي الإعاقة البصرية فإن لجوئه إلى مثل هذه الإشباعات البديلة قد يكون أكثر منه لدى العاديين. وقد يصاحب هذه التخيلات كلام كثير مع نفسه يناقش فيه سلوكه وسلوك الآخرين. وكثرة أحلام اليقظة وزيادتها عن الحد المعقول قد تؤدي إلى تعود ذي الإعاقة البصرية الحياة في عالم من نسيج الخيال يشبع فيه رغباته، ويحقق آماله، وينتصر على أعدائه، ويحصل فيه على ما لم يحصل عليه في عالم الواقع. وقد يؤدي هذا بالتدريج إلى انفصاله عن عالم الواقع إذا ساعدت ظروف أخرى على ذلك (الهواري، ١٤٠١).

(٥) العزلة والانطواء:

يميل الكفيف للعزلة تجنبا لاستهزاء الآخرين به، وحرصًا منه على السلامة العامة، وعدم التعرض للأخطار، ويلجأ في معظم الأحيان إلى هز رأسه، وفرك عينيه وتحريك يديه أمام وجهه، وتشبيك الأصابع وتحريكها. ويلاحظ أن ضعاف البصر أكثر ميلاً للانطواء من المكفوفين كليًا، وكذلك الكفيفات أكثر انطوائية من المكفوفين حيث أن فرصة زواجها واستقرارها أقل من المبصرات لصعوبة قيامها بدورها الطبيعي في الحياة.

(٦) تقدير الذات:

تعد وجهة نظر الشخص حول نفسه من الأمور التي تناولتها الدراسات بشيء من التفصيل سواء بالنسبة للشخص المبصر، أو الكفيف وقد خلصت هذه الدراسات إلى أنه من الصعوبة أن يكون لدى الفرد تقديرًا لذاته بطريقة موضوعية تمامًا، وفي حالة الفرد الكفيف فإن الآثار المترتبة على كف البصر تؤدي إلى تدهور التقدير الموضوعي للذات، وخاصة عقب صدمة كف البصر حيث تزداد مشاعر الدونية، وتحقير الذات، وتكاد تغطي على البقية الباقية من تقدير الذات، وهنا تبرز أهمية التدخل المبكر لضبط وإصلاح والتدريب على تقدير الذات حيث تكون المساعدة المناسبة في هذا الموقف هي مساعدة الكفيف على إعادة تشكيل تقدير واقعي لذاته بقدر الإمكان بتذكير الفرد بمميزاته وقدراته وإمكاناته وكذلك طرح الفرص المناسبة والمتوفرة لتحقيق توافق شخصي ونفسي واجتماعي وكذلك مناقشة الصعوبات والمشكلات والعراقيل التي تقف في طريقه وكيفية مواجهتها وذلك بالمواجهة والفهم الحقيقي لحالته ودوره وأيضًا بالتقييم الواقعي لحجم المشكلة وما تتطلبه من حلول وإمكانيات للتغلب عليها

والتقييم الواقعي يشمل عدم التهوين والتقليل من حجم مشكلات الكفيف وفي ذات الوقت لا يعظمها، أو يصعب من التغلب عليها، أو استحالة مواجهتها.

ولقد أكدت النتائج التي توصل إليها ميجان (Meighan, 1971) في دراسته لمفهوم الذات لدى مجموعة من ذوي الإعاقة البصرية المراهقين أن هناك ضعفاً في شخصية هؤلاء المراهقين، إضافة إلى اتجاهات سلبية نحو العمل، وانتشار القلق والاكتئاب. كما أكدت الدراسة على أن هناك انخفاضاً في مفهوم الذات لدى ذي الإعاقة البصرية مقارنة بالمبصرين، وهذا معناه عدم ثقة ذي الإعاقة البصرية في قدراته الذاتية واعتماده على الآخرين بشكل كبير إضافة إلى نقص في الخبرات الناجحة التي يمر بها، حيث أن الخبرات الناجحة تعد ضرورية لنمو مفهوم الذات بشكل مناسب (سيسالم، ١٩٩٧).

ومن خلال التدريب المتسلسل والمستمر يتم استعادة جانب بعد آخر من جوانب تقدير الذات وتجدر الإشارة إلى أن اعتقاد الكفيف - وخاصة بعد صدمة الكف - بأنه أصبح عاجزاً عن القيام بأي شيء كان يقوم به سابقاً سوف يكون في أعلى درجاته في بداية الأمر ولكن بمرور الوقت وبكثافة التدريب وتقدمه سوف يدرك- إلى حد ما - أنه قد أصبح ينمو في الاتجاه الصحيح، وأن لديه بعض القدرات والإمكانيات التي تؤهله من القيام بدوره بمساعدة الآخرين، وأنه اليوم أفضل من الأمس وما يقوم به الآن مختلف إلى حد بعيد عما كان عليه عقب الصدمة، وبالطبع فإن هذه المساعدة المنظمة المجدولة زمنيا والمسلسلة والفعالة سوف ترصد في قوائم من جانب القائمين بها وذلك لمعرفة مدى التقدم والتطوير والنمو الذي يحرزه الكفيف، وكذلك الوقت المناسب لإلغاء هذه المساعدة، أو التدخل بها بايجابية، ويجب أن يعقب كل مرحلة من مراحل المساعدة تقييماً واقعياً لما تم إحرازه وفي نفس الوقت يتم عمل مقارنة بين واقع وحالة الكفيف الذي تم تقديم المساعدة له والآخرين الذين لم تقدم لهم حتى يتأكد للجميع

مدى التقدم والتطور الذي حدث على تقدير الكفيف لذاته، وأول من يحتاج إلى تقديم مثل هذه المساعدات هي أسرة الفرد الكفيف إذ أنها الجهة الأولى التي تتعامل معه في كل الأوقات وكذلك قد تعتقد الأسرة في بداية الأمر أنه لا أمل في الإصلاح لذا كان تقديم المساعدة المباشرة لهذه الأسرة مهم وعاجل حتى تتمكن من استعادة توازنها وخاصة إذا كان هذا الكفيف هو الشخص الأول في الأسرة، أو المسئول عن رعايتها فسوف يختلف التأثير باختلاف الدور الاجتماعي الذي يناط بهذا الشخص، وأيا كان دور هذا الفرد فإن الآثر النفسي، والمادي، والاجتماعي، والعاطفي الناتج لا يستهان به.

لذا فمن الضروري الاهتمام بالدور الأسرى، وذلك بتدريب الأسرة على تعديل الاتجاهات السالبة نحو الكفيف وتزويدهم بالمعرفة وبالمعلومات الخاصة بالكفيف وكيفية التعامل معهم وأيضا النطاق الواسع للأنشطة التي يمكنهم الاشتراك فيها، وكذلك عرض حالات لأشخاص مكفوفين نجحوا في التغلب على إعاقتهم وخاضوا نماذج للتحدي، والنجاح ومحاولة تصحيح الفكرة الخاطئة عن المكفوفين، والتي يتبناها العامة حيث يدركوا بأن المكفوفين نسخ طبق الأصل ليحل محلها المفهوم الصحيح عن المكفوفين، وهو أن بهم فروقا فردية في القدرات، والمهارات، والإمكانيات، كما هو الحال للمبصرين بل إنهم يتفوقون على المبصرين

وهكذا تقوم الجهات المعنية بدعم الأسرة ومحاولة تقديم أوجه المساعدة لها حتى تتمكن الأسرة من البحث عن الوسائل المناسبة لتقديم المساعدة الممكنة بدلا من الكفيف للأخذ بيده في محاولة إعادة تشكيل، وبناء مفهوم مناسب عن ذاته، والذي يتمكن في بعض الحالات من بناء مفهوم قوي عن ذاته يكون في معظمها أقوى: مما كان عليه قبل فقده لبصره، وذلك شريطة أن يدرك الفرد الكفيف أنه يملك قدرات، ومهارات، وامكانيات تمكنه من مواجهة هذه الأزمة: بل والتغلب على الصعوبات والعقبات التي تترتب عليها، وكذلك اجتياز هذه المرحلة: مما يؤدي إلى النمو المتواصل لمفهوم تقدير الذات نموا موضوعيا، وهو ما يترتب دوما بإعادة تنظيم شخصيته.

تنظيم شخصية الكفيف:

يترتب على صدمة فقد البصر آثارا تكاد تكون مدمرة للشخصية في بعض الحالات، ومؤثرة بالسلب على عناصرها ومكوناتها في معظمها؛ لذا فإن من أول أهداف تدريب وإرشاد وتوجيه الكفيف هو محاولة إعادة الترتيب، والتركيب الديناميكي الطبيعي لمكونات وعناصر شخصيته، وهو ما يطلق عليه محاولة "إعادة تنظيم شخصيته" وهذا لا يعني وجود علل، أو تلف ذهني قد طرأ على الناحية العقلية، أو المعرفية؛ ولكن بشيء من التبسيط فإن هذا يعني أن الشخص الكفيف شخص عادي في ظروف غير عادية؛ ولأنه كذلك فهو يحتاج إلى مساعدة من نوع خاص حتى يتمكن من استعادة تنظيم شخصيته، ويحقق نوعا من الضبط والتوافق النفسي دون تفريط، أو إفراط، وأن يقوم باستخدام أقصى ما تمكنه قدراته، وإمكاناته، ومهاراته، وألا يلجأ إلى الاستسلام والاعتمادية؛ بل إلى إعادة ترتيب وتركيب عناصر شخصيته لتصل إلى حالة التكامل - إلى حد ما - التي كانت عليها قبل فقد البصر، وهذا لا يعني كما يفهم البعض نوعا من الضبط الظاهري - الزائف - الذي سرعان ما ينهار مع أول مواجهة لأبسط المواقف، والذي يتمثل في أن الشخص لا يشكو، ولا يتمرد في معظم المواقف، ولكن ينفجر بالعدوانية في المواقف الحقيقة؛ بل هو الضبط والتوافق الحقيقي الذي لا يتأثر إلا بالتدريب على تنظيم عناصر الشخصية وتقوية تقدير الذات والمساعدة في إزالة العقبات التي تقف في طريق هذا التنظيم، وتتجه المهمات المتنوعة، وهي مهمة صعبة، ودقيقة، وتستلزم التنسيق والتعاون بين كافة المهتمين والمتخصصين وأفراد الأسرة، وكل من يتعامل مع هذا الشخص الكفيف، وهذا التدريب يحتاج إلى وقت طويل وجهد كبير وكذلك تنمية الحواس المتبقية واستثمارها الاستثمار الأمثل، وتتجه المهارات الخاصة بالتقنيات والوسائل البديلة والمساعدة مثل - برايل - والأجهزة المصاحبة، وتدريب الكفيف على الاستقلالية، والاعتماد على الذات، ومحاولة

مواجهة المشكلات الداخلية - النفسية - حتى يتحقق الضبط والتوافق الحقيقي الذي يمكن من الحياة من جديد في عالم مبصر بأقل قدر من المشكلات.

التقييم النفسي ذوي الإعاقة البصرية

تصدى العديد من الباحثين لتقييم مظاهر النمو النفسي لدى ذوي الإعاقة البصرية، وهذه أمثلة للمقاييس التي استخدمت لتحقيق هذا الغرض:

(١) مقياس الصحة النفسية لذوي الإعاقة البصرية

قام بإعداد هذا المقياس أشرف عبد الحميد (٢٠٠٦) للكشف عن الصحة النفسية لدى المراهقين المكفوفين، ويتكون المقياس من الأبعاد التالية:

(١) القدرة على التفاعل الاجتماعي" ويُقصد به قدرة الفرد الكفيف على تكوين علاقات مشبعة ومتوازنة مع الآخرين والمشاركة الاجتماعية في المناسبات والأنشطة الاجتماعية بشكل عام.

(٢) القدرة على تقبل الذات وأوجه القصور العضوية: "ويُقصد به تقبل الفرد الكفيف لذاته بإيجابياتها وسلبياتها، وألا يرفضها، أو يكرهها، مع العمل على تحسينها وتطويرها بتأكيد جوانب القوة، ومحاولة التغلب على النقائص ونقاط الضعف.

(٣) التحرر من الأعراض العصابية:" ويُقصد به ابتعاد الفرد الكفيف عن دائرة التهيؤ للمرض العصابي، وتمتعه بشخصية متماسكة وعلي صلة جيدة بالواقع.

وتم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار فبلغت في البعد الأول القدرة على التفاعل الاجتماعي(٠,٨٧)، و بلغت في البعد الثاني التحرر من الأعراض العصابية(٠,٨٦)، وبلغت في البعد الثالث القدرة على تقبل الذات (٠,٩٢) وتم أيضًا استخدام معادلة كرونباخ (معامل ألفا) حيث بلغت في القدرة على التفاعل الاجتماعي (٠,٨٨)، وفي التحرر من الأعراض العصابية (٠,٩٣)، وفي القدرة على تقبل الذات (٠,٨٦).

وتم حساب الثبات باستخدام التجزئة النصفية (سبيرمان - براون) وكانت معاملات الثبات على النحو التالي: القدرة على التفاعل الاجتماعي (٠,٩٢). والتحرر من الأعراض العصابية (٠,٩١)، والقدرة على تقبل الذات (٠,٩٣). وتم حساب معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للمقياس وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (التجانس الداخلي) وتراوحت معاملات ثبات المفردات بين (٠.٦٨- ٠.٩٤).

ولحساب صدق المقياس - صدقا ظاهريًا - قام مصمم المقياس بعرض المقياس على (١٥) من السادة أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية وقسم علم النفس بكلية التربية جامعة الزقازيق الذين اتفقوا على أن عبارات المقياس تقيس ما يهدف المقياس إلى قياسه. ولحساب صدق المحتوي قام مصمم المقياس باستعراض الدراسات والمقاييس السابقة المرتبطة بشكل مباشر، أو غير مباشر بمتغير الصحة النفسية، وتحليل استجابات المراهقين المكفوفين، حول الجوانب النفسية التي يشعرون بها. وتم حساب معامل الارتباط الثلاثي لكل سؤال في المقياس بالدرجة الكلية له، وقد تم الكشف عن معاملات الارتباط وذلك وفقًا لجدول حدود الدلالة الإحصائية لمعاملات الاختبار المقابلة لعدد أفراد العينة (٣٠) وهو (٠.٣٤٩) عند مستوي دلالة (٠.٠٥) على الأقل. وكانت جميع العبارات دالة عند مستوي (٠.٠١).

(٢) مقياس أساليب مواجهة أزمة الهوية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية

قامت بإعداد هذا المقياس دعاء خطاب (٢٠٠٧) بغرض قياس أساليب مواجهة أزمة الهوية لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، قامت الباحثة بإعداد الصورة المعدلة للمقياس، بعد إجراء التعديلات في الصياغة اللغوية للمواقف/ الاستجابات التي أشار إليها المحكمون، وبالتالي نجد أن المقياس بعد العرض على المحكمين تكون من (١٦) موقفا، انتظمت في أربعة أبعاد. وهي: الاختيار الأكاديمي. المفاهيم السياسية، المفاهيم

الدينية. الأدوار والقيم الجنسية. يندرج تحت كل بعد من أبعاد الهوية (٤) مواقف. ويشتمل كل موقف على (٤) استجابات. تمثل كل استجابة أحد رتب الهوية الأربع (الإنجاز – التعليق – الانغلاق – التشتت). وبذلك يصبح عدد الاستجابات (٦٤) استجابة يشتمل عليها المقياس ككل وقد توزعت المواقف على الأبعاد.

كما توزعت الاستجابات والتي يمتل كل منها أحد رتب الهوية الأربع داخل المواقف بطريقة تختلف من موقف لآخر. بحيث لا يكون توزيع الاستجابات واحدا في كل المواقف ولكن تم تغيير نمط الاستجابات من موقف لآخر. وذلك في كل الأبعاد.

وفيما يلي تعريف لكل بعد من أبعاد مقياس أساليب مواجهة أزمة الهوية:

- **الاختيار الأكاديمي:** هو قدرة الفرد على الاختيار من بين البدائل المتاحة سواء في مجال دراسته الأكاديمية. أو في مجال عمله بعد ذلك والقيام بالالتزامات المتتالية (مدى الإنجاز الفردي) بالنسبة للبديل الذي يختاره.
- **المفاهيم السياسية:** هي قدرة الفرد على الاختيار من بين البدائل المتاحة في مجال الأفكار والأراء والمعتقدات السياسية والقضايا المتعلقة بها والقيام بالالتزامات المتتالية (مدى الإنجاز الفردي) بالنسبة للبديل الذي يختاره.
- **المفاهيم الدينية:** هي قدرة الفرد على الاختيار من بين البدائل المتاحة في مجال الآراء والمعتقدات الدينية والقضايا المتعلقة بها والقيام بالالتزامات المتتالية (مدى الإنجاز الفردي) بالنسبة للبديل الذي يختاره.
- **الأدوار والقيم الجنسية:** هي تلك الأدوار التي يُخوّلُ للفرد القيام بها وفقا لجنسه البيولوجي (ذكر أنثى). فضلا عن قدرة الفرد على الاختيار من بين البدائل المتاحة في مجال الأدوار الجنسية لكل من الرجال والنساء والتعامل مع الجنس الآخر في ضوء عادات المجتمع بالنسبة للبديل الذي يختاره.

وكذلك تم تعريف كل رتبة من رتب الهوية كما يلي:

(أ) رتبة الإنجاز: Achievement

هي أكثر رتب الهوية نضجاً، وفيها يمر الفرد بفترة أزمة، ويمكنه الاستكشاف والاختيار من بين البدائل المتاحة في مجالات: الاختيار الأكاديمي (المهني)، المفاهيم والقيم الدينية، المفاهيم والقيم السياسية، والأدوار والقيم الجنسية، كما تكون لديه التزامات واضحة ومحددة.

(ب) رتبة التعليق: Moratorium

هي الرتبة السابقة على رتبة الإنجاز، وفيها يمر الفرد بفترة أزمة، وعلى الرغم من أنه يكون في فترة استكشاف للبدائل المتاحة في مجالات: الاختيار الأكاديمي (المهني)، المفاهيم والقيم الدينية، المفاهيم والقيم السياسية، والأدوار والقيم الجنسية؛ إلا أن التزاماته تكون غير واضحة وغامضة، وكذلك نجده يناضل ويصارع من أجل الوصول إلى التزامات محددة.

(ج) رتبة الانغلاق: Foreclosure

هي الرتبة السابقة على رتبة التعليق، وفيها لا يمر الفرد بفترة أزمة، ولا تكون لديه القدرة ولو بدرجة ضئيلة على الاستكشاف والاختيار من بين البدائل المتاحة في مجالات: الاختيار الأكاديمي (المهني)، المفاهيم والقيم الدينية، المفاهيم والقيم السياسية، والأدوار والقيم الجنسية، ونجد أن التزاماته تكون واضحة؛ إلا أنها تكون محددة مسبقاً من قبل الوالدين، أو الآخرين ويقبلها هو ببساطة دون تساؤلات شخصية عنها.

(د) رتبة التشتت:

هي أقل رتب الهوية نضجاً، وفيها لا يمر الفرد بفترة أزمة، ولا يمكنه الاستكشاف، أي أنه لا يستطيع الاختيار من بين البدائل المتاحة في مجالات: الاختيار الأكاديمي (المهني)، المفاهيم والقيم الدينية، المفاهيم والقيم السياسية، والأدوار والقيم الجنسية،

حيث يكون الاستكشاف لديه مفقوداً، أو ضحلا. كما لا توجد لديه أي التزامات، ولا يحاول الوصول إلى مثل هذه الالتزامات، ولا يشغله هذا الأمر كثيرا ولا يبالي به.

١- تقنين المقياس:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة قوامها (٣٠) طالبا وطالبة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية من معهد النور للمكفوفين بالزقازيق، ومن كلية الآداب – جامعة لزقازيق، حيث تم اختيارهم من المرحلتين الثانوية والجامعية، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٨- ٢١) سنة، وتتراوح درجة إعاقتهم ما بين (جزئية – كلية).

تم حساب صدق وثبات المقياس بالطرق الآتية:

التجانس الداخلي (الاتساق الداخلي):

لحساب الاتساق الداخلي للبنود حُسب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، كما تم حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس ككل، وكذلك تم حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للرتبة التي ينتمي إليها. واستخرجت مستويات الدلالة الإحصائية، وتراوحت معاملات الارتباط بين ٤٩ ٠- ٧٢ ٠.

ب – ثبات المقياس:

وقد تم حساب معامل الثبات بالطرق التالية:

١- معادلة آلفا كرونباخ (معامل آلفا): وقد تراوحت معاملات ثبات مقياس أساليب مواجهة أزمة الهوية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية بين (٨٣ ٠- ٩٥ ٠).

٢- طريقة التجزئة النصفية: وقد تراوحت معاملات ثبات مقياس أساليب مواجهة أزمة الهوية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية باستخدام طريقة التجزئة النصفية بين (٠.٨١- ٠.٩٣).

وهكذا يتكون مقياس أساليب مواجهة أزمة الهوية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية من (١٦) موقفا موزعة على أربعة أبعاد، هي: الاختيار الأكاديمي، المفاهيم

السياسية، المفاهيم الدينية، الأوار والقيم الجنسية يشتمل كل موقف على (٤) استجابات، تمثل كل استجابة أحد رتب الهوية الأربع (إنجاز – تعليق – انغلاق – تشتت)، وبذلك تكون عدد الاستجابات في المقياس ككل (٦٤) استجابة، يتم الإجابة عليها باختيار استجابة واحدة من الاستجابات الأربع الخاصة بكل موقف، ويتم تطبيق المقياس على الأفراد من (١٨- ٢١) سنة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، ويتم التطبيق بطريقة فردية، وليس هناك زمن محدد للإجابة.

اعتمدت طريقة التصحيح على وضع درجة واحدة لكل استجابة يختارها الطالب سواء أكانت هذه الاستجابة تمثل رتبة (الإنجاز – الإنغلاق – التعليق – التشتت)، ووضع (صفر) لباقي الاستجابات غير المختارة وذلك في كل موقف من مواقف المقياس. وبذلك نجد أن درجة الطالب قد تتراوح ما بين (صفر – ١٦) درجة في المقياس ككل. ويتم جمع درجات كل رتبة على حدة للحصول على الدرجة الكلية لكل رتبة من رتب الهوية الأربع، وبناءً عليه يتم تصنيف الفرد تحت الرتبة الأعلى درجة.

(٣) مقياس الاستقلال النفسي للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية.

قامت بإعداد هذا المقياس دعاء خطاب (٢٠٠٧) بغرض قياس الاستقلال النفسي لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، قامت الباحثة بإعداد الصورة المعدلة للمقياس، بعد إجراء التعديلات في الصياغة اللغوية للعبارات التي أشار إليها المحكمون، حيث أصبح عدد عبارات مقياس الاستقلال النفسي للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية (٥١) عبارة، وذلك بعد حذف (٢٠) عبارة من العبارات المكونة للمقياس، وبعد إضافة (٦) عبارات أشار المحكمون بإضافتها. وقد رتبت الباحثة عبارات المقياس ترتيباً دائرياً.

وكان التعريف الإجرائي للاستقلال النفسي والذي بُني على أساسه المقياس هو: "قدرة الفرد على الاعتماد على ذاته في إدارة أموره الحياتية، وتحرره من الاعتماد على

الوالدين والآخرين ومن سيطرتهم عليه. وقدرته على تحمل المسئولية واتخاذ القرار في بعض الأمور الخاصة به. وقدرته على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والقيام بدوره الاجتماعي. والإحساس بقيمته الذاتية .

وذلك كما يقاس من خلال: (الدرجة الكلية لمجموع استجابات المراهق المعوق بصريا على أبعاد مقياس الاستقلال النفسي المستخدم في الدراسة الحالية)

وفيما يلي تعريف لكل بعد من أبعاد مقياس الاستقلال النفسي:

- **الاستقلال الأيديولوجي**: يقصد به طريقة التفكير المميزة للابن والمختلفة عن طريقة تفكير الأب والأم والآخرين فيما يتصل بالقيم والتقاليد والمفاهيم والعادات السائدة في المجتمع.
- **الاستقلال الأكاديمي (المهني)**: يقصد به قدرة الابن على استغلال جهوده الشخصية والاعتماد على ذاته في اختيار دراسته الأكاديمية. أو عمله الوظيفي دون الاعتماد على مساعدة الأب والأم والآخرين.
- **الاستقلال الانفعالي**: يقصد به تحرر الابن من سيطرة الأب والأم والمحيطين به على مشاعره الوجدانية وأحاسيسه وميوله.
- **الاستقلال الحركي**: يقصد به قدرة الشخص (خاصة المعوق بصريا) على الحركة والتنقل دون الحاجة لمساعدة الآخرين والتمكن من القيام بمهام الحياة اليومية بسهولة.
- **الاستقلال الاجتماعي**: يقصد به انتقال الفرد من الاعتماد على الغير إلى الاعتماد على النفس وتحمل المسئوليات الاجتماعية والقيام بدوره الاجتماعي وتكوين الشخصية الاجتماعية والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة.

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة قوامها (٣٠) طالبا وطالبة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية من معهد النور للمكفوفين بالزقازيق. ومن كلية الآداب

- جامعة الزقازيق، حيث تم اختيارهم من المرحلتين الثانوية والجامعية، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٨- ٢١) سنة. وتتراوح درجة إعاقتهم ما بين (جزئية - كلية).

تم حساب صدق وثبات المقياس بالطرق الآتية:

أ - صدق المقياس:

لحساب الاتساق الداخلي للبنود حُسب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، كما تم حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس ككل، وكذلك تم حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للرتبة التي ينتمي إليها، واستخرجت مستويات الدلالة الإحصائية. وتراوحت معاملات الارتباط بين ٠.٣٩- ٠.٦٤.

ب - ثبات المقياس:

وقد تم حساب معامل الثبات بالطرق التالية:

١- **معادلة ألفا كرونباخ (معامل ألفا)**: وقد تراوحت معاملات ثبات مقياس أساليب مواجهة أزمة الهوية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية بين٥٣ ٠- ٠.٨٥.

٢- **طريقة التجزئة النصفية**: وقد تراوحت معاملات ثبات مقياس أساليب مواجهة أزمة الهوية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية باستخدام طريقة التجزئة النصفية بين٥٠ ٠- ٠.٨٨.

يتكون مقياس الاستقلال النفسي للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية من (٣٩) عبارة، موزعة على خمسة أبعاد، هي: الاستقلال الأيديولوجي، الاستقلال الأكاديمي (المهني)، الاستقلال الانفعالي، الاستقلال الحركي، الاستقلال الاجتماعي، يتم الإجابة عليها باختيار إجابة واحدة من ثلاث إجابات، وهي: (دائمًا- أحيانًا- نادرًا)، ويتم تطبيق المقياس على الأفراد من (١٨- ٢١) سنة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، ويتم التطبيق بطريقة فردية، وليس هناك زمن محدد للإجابة.

(٤) مقياس المخاوف المرضية لذوى الإعاقة البصرية:

قامت أمانى حامد (٢٠٠٥) ببناء مقياس المخاوف المرضية لذوى الإعاقة البصرية، وقد اعتمدت الباحثة فى البداية على الدراسة الأولية التي أجرتها في مدرسة النور للمكفوفين بالزقازيق للوقوف على حجم المخاوف المرضية لديهم، وقد تضمن ذلك مجموعة من الأسئلة: هل توجد مخاوف عند المكفوفين؟ أم لا؟ وما هي هذه المخاوف؟. بناء على ما تقدم قامت الباحثة بصياغة مجموعة من البنود في الصورة المبدئية للمقياس، وأجرت الباحثة تجربة استطلاعية تضمنت المقياس في صورته المبدئية على مجموعة عشوائية من ذوى الإعاقة البصرية، وتم تطبيق المقياس بصورة فردية حيث تقوم الباحثة بقراءة البنود على المفحوص وتطلب منه الإجابة بنعم، أو لا ثم تدونها أمام كل سؤال.

وبناء على نتائج الخطوة السابقة تم استبعاد بعض البنود التي اتضح عدم قدرة المفحوص على فهمها، وقد بلغ عدد بنود المقياس في صورته النهائية (٤٣) بنداً.

وتم تطبيق المقياس على عينة قوامها (٤٠) طالبا وطالبة، (٢٢) طالبا، (١٨) طالبة تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٩ – ١٢) سنة من مدرسة النور للمكفوفين بالزقازيق. وقد اختارت الباحثة عينة التقنين من مدرسة النور للمكفوفين الذين حصلوا على أعلى درجات عند تطبيق المقياس.

وقد تم في هذا الصدد ترتيب عبارات المقياس ترتيبا عشوائيا ورعى أن تتم الإجابة عنها بـ (نعم / لا) ويتلخص أسلوب تقدير الدرجات للمقياس في إعطاء درجة واحدة لكل استجابة في فئة (نعم) والتي تشير إلى انطباق المفردة على المفحوص ولا تعطى أي درجة في فئة (لا) وعلى ذلك فالدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (صفر: ٤٣) وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة مستوى المخاوف المرضية لدى ذوى الإعاقة البصرية، في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض معدل المخاوف المرضية لدى الأطفال ذوى الإعاقة البصرية.

خامسا: تقنين المقياس:

قامت الباحثة بحساب صدق وثبات المقياس الذى قامت بإعداده عن المخاوف المرضية لدى الأطفال من ذوى الإعاقة البصرية على النحو التالى:

أولا: صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس استخدمت الباحثة الطريقة الآتية:

تم حساب صدق الاتساق الداخلى للعبارات، وذلك بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك على عينة من الأطفال ذوى الإعاقة البصرية بلغ قوامها (٤٠).

وتم حساب معامل ثبات المقياس بطريقتين هما:

١- الطريقة الأولى (معامل الفا كرونباخ): معاملات ثبات المقياس تراوحت الفا كرونباخ بين (٠.٧٢، ٠.٩٠)، ٠.٩٣ للدرجة الكلية.

٢- الطريقة الثانية (التجزئة النصفية): تراوحت بين (٠.٥٥، ٠.٨٣)، ٠.٩٠، وللدرجة الكلية.

(٥) مقياس معنى الحياة للمراهقين ذوي الإعاقة بصريًا

قام بإعداد هذا المقياس فتحي عبد الرحمن (٢٠٠٦) ويتكون من أربعة أبعاد هي: " أهداف الحياة، الدافعية في الحياة، تحمل المسئولية، الرضا عن الحياة " خضع هذا المقياس للعديد من إجراءات التقنين والتي أثبتت مدى صدقه وثباته.كما أنه طبق في البيئة المصرية والتي طبقت بها الدراسة الحالية. ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٤٦) عبارة موزعة على أبعاد المقياس (أهداف الحياة - الدافعية في الحياة - تحمل المسئولية - الرضا عن الحياة)، وقد اشتمل المقياس على (٢٦) عبارة موجبة، (٢٠) عبارة سالبة.

تتم الإجابة على المقياس في ورقة إجابة معدة لذلك وتشتمل على بيانات الفرد. وأرقام العبارات. وأمام كل عبارة الاستجابات التالية: (نعم.أحيانا. لا).

طريقة تصحيح المقياس: يحتوى المقياس على الاستجابات التالية: نعم. أحيانا. لا. وتتدرج الاستجابات على عبارات المقياس على النحو التالي (٣- ٢ - ١) للعبارات الموجبة. (١ - ٢ - ٣) للعبارات السالبة. وعلى ذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد هي (١٣٨) درجة. وأقل درجة هي (٤٦). وتشير الدرجة المرتفعة إلى الإحساس المرتفع بمعنى الحياة. بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى الإحساس المنخفض بمعنى الحياة.

(١) صدق المقياس:

تم التأكد من صدق المقياس من خلال المؤشرات التالية:

أ- صدق المحكمين (الصدق الظاهري): تم عرض المقياس في صورته الأولية المكونة من (٥٦) بندا على المحكمين. فقرروا حذف (١٠) بنود ليتكون بذلك المقياس في صورته التجريبية من (٤٦) بندا. تم ترتيبهم ترتيبا دائريا وتطبيقهم على (٣٠) فرد من ذوي الإعاقة البصرية تم اختيارهم بطريقة عشوائية من طلاب المرحلتين الإعدادية والثانوية بمدرسة النور للمكفوفين بسوهاج.

ب- صدق التعلق بمحك (التلازمي): تم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب (ن=٣٠) على المقياس. ودرجاتهم على اختبار تقدير المعنى. وقد بلغ معامل الارتباط (٠.٨٣). وهو معامل دال إحصائيا عند مستوى دلالة (٠.٠١).

ج- ارتباط نصفي الاختبار بالدرجة الكلية: بالنسبة لارتباط درجات العبارات الفردية بالدرجة الكلية. بلغ معامل الارتباط (٠.٧٩). وهى قيمة دالة عند مستوى (٠.٠١). بالنسبة لارتباط العبارات الزوجية بالدرجة الكلية. بلغ معامل الارتباط (٠.٨٤). وهى قيمة دالة عند مستوى (٠.٠١).

(٢) ثبات المقياس:

تم حساب معامل ارتباط "بيرسون " بين درجات العبارات الفردية، ودرجات العبارات الزوجية، ومعالجة النتائج باستخدام معادلة " سبيرمان - براون "، وقد كانت دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١). وهكذا تم التأكد من صدق وثبات المقياس حيث أن معاملات ثباته وصدقه دالة وجوهرية.

الفصل الثامن

التقييم النفسي الاجتماعي لذوي الإعاقة البصرية

الفصل الأول

التقييم النفس اجتماعي لذوي الإعاقة البصرية

مقدمة

لاشك في أن الإعاقة البصرية تؤثر في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيرا سلبيا؛ حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو، والتفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية، والشعور بالاكتفاء الذاتي؛ وذلك نظرا لعجزهم، أو محدودية مقدراتهم على الحركة، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية، أو محاكاتها بصريا، وتعبيراتهم الوجهية: مثل: البشاشة، والعبوس، والرضا، والغضب... وغيرها مما يعرف بلغة الجسم Body Language، والتعلم منها، ونقص خبراتهم، والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين، والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم؛ فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة التي يتحرك بها المبصرون؛ فالتوافق الاجتماعي لديهم يتأثر بفرص التفاعل الاجتماعي المتاحة من جهة ودرجة تقبلهم، أو تكيفهم مع الإعاقة من جهة أخرى والتدريب على النشاطات الحياتية المختلفة خاصة فيما يتعلق بالعناية بالذات، والمظهر، والتنقل في البيئة يعمل على تعزيز ثقتهم بأنفسهم وتقليل درجة الاعتماد على الآخرين، كما أنه يسهم بشكل مباشر في تحسين الاتجاهات الاجتماعية السائدة نحوه (سليمان، ٢٠٠١).

ومن أوضح المشكلات الاجتماعية الناجمة عن محدودية الحركة، والخبرات المحدودة للأطفال ذوي الإعاقة البصرية هي حالة السلبية والاعتمادية، وقلة الحيلة وما

ينجم عنها من مشكلات عديدة. فالطفل الكفيف يحتاج إلى مساعدة الوالدين أكثر من الطفل المبصر. وهذا يصاحبه عدم تلبيته لكثير من حاجاته؛ مما قد يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به وهذا يؤثر بشكل، أو بآخر على علاقة الطفل بوالديه، وقد يتولد لديه شعور عام بأنه غير قادر على التحكم في بيئته، وهذا الشعور قد يدفع بالطفل إلى الاهتمام بنفسه أكثر من اهتمامه بالمحيط الخارجي أثناء نشاطاته المختلفة، وقد يولد لديه شعوراً بعدم الأمن مما قد يحد من محاولاته لاكتشاف بيئته، وهذا يؤثر على النمو الاجتماعي للطفل ذي الإعاقة البصرية.

تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيراً سلبياً، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو، والتفاعل الاجتماعي، واكتساب المعارف، والمهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال، والشعور بالاكتفاء الذاتي، كما تحد الإعاقة البصرية من ممارسة الكفيف كثيراً من الأنشطة، والأعمال التي يؤديها الطفل المبصر؛ مما يؤدي إلى عجزه عن التحكم في بيئته، ونمو شعوره بالخوف وعدم الأمن، والقلق، والتردد، والحذر عموماً، وتجعله بطيئاً لا يستطيع مجاراة الآخرين في اكتساب الأنماط والنماذج السلوكية التي تقوم على المحاكاة البصرية (القريطي، ١٩٩٦).

وتتوفر حالياً أدلة علمية قوية تشير إلى أن ذوي الإعاقة البصرية يواجهون مشكلات في التكيف الاجتماعي، وبخاصة في المراحل العمرية المبكرة، وأن تلك المشكلات قد تنطوي على مضامين طويلة الأمد بالنسبة للنمو الاجتماعي والانفعالي في المراحل العمرية اللاحقة، وقد قارنت عدة دراسات بين ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين من أعمار مختلفة من حيث التكيف الاجتماعي؛ إلا أن هذه الدراسات لم تقدم اقتراحات مفيدة بشأن البرامج الوقائية والعلاجية اللازمة في حالة وجود سوء التوافق الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة البصرية (الحديدي، ٢٠٠٦).

إن الطفل الكفيف تنتابه مشاعر الغضب نتيجة الصراع الذي يحدث داخله بين رغبته في الاستقلالية، واضطراره إلى الاعتماد على الآخرين فهو يرغب في عمل شيء ما لنفسه، أو القيام بأداء عمل معين، وفي ذات الوقت يجد نفسه عاجزًا عن القيام بذلك؛ فيضطر إلى الاعتماد على الآخرين في أداء تلك الأعمال، ومشاعر الغضب هذه يمكن أن تنتاب الطفل المبصر أيضا عندما يمنع من القيام بأداء عمل معين بسبب صغر سنه، ولكن هذه المشاعر تختلف في مداها لدى الطفل الكفيف حيث أن الطفل المبصر سرعان ما يتمكن من تطوير قدراته الخاصة بأداء هذا العمل؛ وبالتالي يتمكن من أدائه باستقلالية فتزول مشاعر الغضب لديه، وذلك عكس ما ينطبق على الطفل الكفيف الذي قد لا يتمكن من تطوير مثل هذه القدرات بصورة مناسبة نظرًا لغياب حاسة البصر؛ فيظل معتمدًا على الآخرين في أداء هذا العمل وغيره، ولذلك تظل مشاعر الغضب مستمرة بالنسبة له إضافة إلى دوام مقارنة قدراته بقدرات زملائه المبصرين والتي يتولد عنها الشعور بالعجز، ومن ثم استمرار مشاعر الغضب.

وفي هذا الإطار فإن الطفل الكفيف يشعر في معظم الأحيان بالإحباط والفشل الذي يرجعه إلى عوامل داخلية يدفعه إلى توجيه اللوم لذاته، أو ايذاء و ايلام نفسه في بعض الأحيان وهذا ما يطلق عليه السلوك العدواني الموجه نحو الذات وهو أحد ثلاثة أنماط من السلوك العدواني أولها السلوك العدواني الجسمي الذي يتمثل في الاعتداء بالضرب على الآخرين، وثانيها السلوك العدواني اللفظي المتمثل في السب والتوبيخ والشتم والحاق الإهانات بالآخرين، أما ثالثها فهو السلوك العدواني الموجه نحو الذات وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ندرة إقدام الأطفال المكفوفين على السلوك العدواني الجسمي أما النمط الثاني وهو العدوان اللفظي فينتشر بين المكفوفين وخاصة لدى الذكور منهم.

ومن الجدير بالذكر أن عملية دمج الطفل الكفيف مع الآخرين، واشعاره بأنه شخص عادي، وتدريبه على المهارات المختلفة، والتنشئة الأسرية السليمة، والتفاعل

الإيجابي كلها عوامل تساعده على التوافق النفسي والاجتماعي، ومن ثم ينشأ متزنًا وفي حالة تكيف سليم من النواحي الانفعالية؛ نظرا لأن المواقف الأسرية، وأساليب التنشئة لها دور فعال في تكوين الانفعالات السوية لدى الطفل الكفيف.

ويؤدي البصر دورًا مهما في بناء وتطوير العلاقات بين الأشخاص؛ فالتعلق الاجتماعي، كما هو معروف يعتبر أحد أول الارتباطات العاطفية الحقيقية التي تتطور بين الرضيع والوالدين، وغالبًا ما يصعب تطور التعلق خوفا من الغرباء ولا ريب في أن فقدان البصر يمكن أن يؤثر سلبا على هذه العملية؛ فحاسة البصر تعمل بمثابة المصدر الرئيس لاكتساب المعلومات المتضمنة في التعرف على الأشخاص.

فالإعاقة البصرية تؤثر في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيرًا سلبيًا، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتعامل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية، والشعور بالاكتفاء الذاتي. وذلك نظرًا لعجز ذوي الإعاقة البصرية، أو محدودية مقدرتهم الحركية وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين. ونشاطاتهم اليومية، وتعبيراتهم الوجهية: مثل: البشاشة والعبوس، والرضا والغضب... وغيرها: مما يعرف بلغة الجسم، وتقليد هذه السلوكيات، أو محاكاتها بصريًا والتعلم منها.

فغياب حاسة البصر من الأسباب التي تؤدي إلى صعوبة نسبية في الاتصال بالآخرين؛ فالكفيف لا يستطيع الاتجاه بنظراته إلى محدثه، وبدلاً من الإبقاء على الاتصال البصري مثلما يفعل المبصر عادة أثناء التحدث، فإن الكفيف قد يدير أذنه تجاه المتحدث حتى يسمع بشكل أفضل، وبذلك يبعد وجهه عن المتحدث. وإبعاد الوجه، أو العينين بعيدا عن المتحدث قد يعني عدم الاهتمام، أو التهرب. هذا إلى جانب أنه محروم أيضا من الإشارات الاتصالية الاجتماعية كتعبيرات الوجه، وحركات اليد، وحركات الشخص الآخر. وفشله في ملاحظة واستخدام إشارات اليد التقليدية في

الاتصال قد تسبب اتصالا أقل كمالا. أو استخدام إشارات يعتبرها الآخرون مناقضة للرسالة الشفهية. أو مشتته للانتباه.

وهكذا يتضح أن الاتصال العيني يؤدي دورا أساسيا في عملية التفاعل الاجتماعي: فالاتصال العيني عادة ما يكون مستمرا أثناء المحادثة بين شخصين مبصرين. لكن الشخص ذي الإعاقة البصرية قد لا يتقيد بهذا الروتين الاجتماعي. فربما وجه نظره نحو الأسفل. أو الأعلى. أو إلى اليمين. أو إلى اليسار بما قد يفسرد الطرف الثاني في المحادثة على أنه عدم اهتمام. أو أعراض. أو ملل مع أن الشخص ذي الإعاقة البصرية قد يتصرف على هذا النحو بقصد زيادة فاعلية الاستماع لديه.

أهم ما يميز هذا النوع من الخصائص هو التوافق الاجتماعي لذوي الإعاقة البصرية وقد وجد أن هذا التوافق يتأثر بشيئين مهمين هما: فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة لذي الإعاقة البصرية. وكذلك درجة تقبله للإعاقة. أو تعايشه معها. ويتأثر كم وكيف فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة له بالاتجاهات الاجتماعية نحو ذي الإعاقة البصرية وطبيعة التدريب الذي تلقاه وهذا التفاعل يقوم أساسا على تبادل المنافع والخدمات وبقدر درجة هذا التفاعل وطبيعته (سلبية. أو إيجابية) تتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الفرد والجماعة وبين الأفراد بعضهم البعض. ويخرج الفرد من هذا التفاعل - نتيجة مروره بالخبرات المختلفة - مكونا فكرته عن ذاته والآخرين. كما تتشكل معظم صفاته الاجتماعية والانفعالية. وهذا يعني أن الذي يحدد خصائص الفرد الاجتماعية هي طبيعة علاقاته مع الآخرين. والتي تحدد بدورها درجة وطبيعة تفاعله مع هؤلاء الآخرين. وتتأثر شخصية الفرد بما هو سائد في المجتمع فتكون شخصيته ممثلة لروح الجماعة بتقاليدها. وعاداتها. وأخلاقها. ولهذا السبب يختلف الأفراد باختلاف الجماعات التي ينتمون إليها. ونرى أنه في الوقت الذي يصبح فيه الفرد الصغير قادرا على فهم المعايير الاجتماعية فإنه يلزم باتباعها: لأنه إذا تمرد عليها فإنه

يتعرض للنقد، أو السخرية، أو العتاب حتى ينتهي به الأمر إلى تبني هذه المعايير وإخضاع سلوكه لها؛ إلا أن الشخصية ليست وليدة هذا التبني والخضوع لتلك المعايير إذ لو كان الأمر كذلك لكانت النتيجة أن يتشابه أفراد المجتمع الواحد تشابهًا كبيرًا في أنماط سلوكهم؛ لذا فإن الشخصية ليست شيئًا مفروضًا على الفرد بل هي وليدة المقاومة التي يبديها الفرد تجاه معايير وقواعد مجتمعه: فشخصية الفرد هي نوع من رد الفعل الذي يبديه نحو بيئته.

ولكن الشخصية في بنائها تحد الفرد ذاته كوحدة عضوية من جهة والبيئة التي يعيش فيها من جهة أخرى، ولهذا توجد اختلافات واضحة بين الأفراد الذين ينتمون إلى جماعة واحدة، وتبدو هذه الاختلافات في أنماط السلوك التي يؤدونها تجاه المواقف المختلفة فهي أنماط سلوكية متباينة إزاء موقف واحد، ويتوقف سلوك الفرد على علاقاته بالتبادل بينه وبين بيئته، أو بمعنى آخر إن السلوك يعد ترجمة للعلاقات المتبادلة بين شخصية الفرد وتركيبتها المعقدة وبيئته بما يحتويه من عناصر ذات طبيعة معقدة كذلك والفرد في بيئته وحدة هامة وجزء مكمل لا يتجزأ من هذه البيئة.

وحتى تنمو شخصية الفرد فلا بد من تكيف هذا الفرد مع بيئته إذ تبدأ شخصيته في التكوين حينما يبدأ كطفل أولى مراحل تكيفه مع العالم الذي يوجد فيه وما صرخة الميلاد التي يطلقها حينما يخرج إلى هذا العالم؛ إلا أول خطوة في مراحل تكيفه مع بيئته، وعندئذ تكون سلوكياته متشابهة إلى حد كبير لغيره من الأطفال ولكن بعد أن ينمو تختلف هذه السلوكيات عن غيره من الأطفال بحسب طبيعة العوامل والمؤثرات التي يتجاوب معها ومن هنا تكون شخصية الفرد مختلفة عن شخصية غيره من الأفراد.

ويجب على الفرد حتى يعيش بتوافق مع جماعة أن يوائم ويقرب ما بين مطالبه الشخصية ومطالب هذه الجماعة فيكيف نفسه وفق اتجاهات ترضى عنه حتى لا يتم

عزله بسبب انحرافه عن معاييرها ويمارس الفرد منذ ولادته عملية التكيف. ومن السهل عليه في أول مراحل الطفولة أن يتكيف مع بيئته إذ لا يبذل جهدًا يذكر في بادئ الأمر في الوقت الذي يقوم فيه الآخرون بتلبية حاجاته ورعايته وبمرور الوقت يتزايد معدل نمو الفرد وتقل مع هذا النمو فرص توفير الحاجات المطالب من جهة الآخرين ويكلف بتوفيرها بنفسه فتعارض عندئذ رغباته مع رغبات الآخرين ويلجأ إلى بذل الجهد لإحداث عملية التكيف التي تتوقف على قدراته وإمكانياته وتعمل العوامل الموروثة المكتسبة لديه، وكذلك على الطريقة التي يسلكها الآخرون لمساعدته على إحداث التكيف مع بيئته والذي يترتب عليه ما يعرف إما بالقبول الاجتماعي Social Adequacy ، أو الرفض الاجتماعي هذا بالنسبة للفرد العادي الذي لا يعاني من مشكلات، أو ظروف تخرج به عن نطاق العادية وتضم إلى شريحة أخرى في المجتمع وهي فئة ذوي الإعاقة وتخص في هذا السياق فئة ذوي الإعاقة البصرية فإن فقد هذا القبول الاجتماعي بالنسبة للفرد الكفيف سوف يؤثر على نموه وتكيفه وسينعكس ذلك على استقرار المجتمع الذي يعيش فيه حيث أن شعور الكفيف داخليا بهذا الرفض الاجتماعي ربما يكون له رد فعل داخلي إذ يولد لديه مشاعر رفض ذاتي لنفسه، وبالتالي رفضا لجماعة المكفوفين التي ينتمي إليها ومن ثم تتحرك لديه إما مشاعر العدوانية والاستياء من مجتمع المبصرين، أو الهروب النفسي والعزلة، وعدم مواجهة واقع المجتمع، وهذا هو الأمر الخطير الذي يجب أن يتنبه له الأخصائي الذي يعمل مع الكفيف، وذلك لتجنب تلك الآثار، ومحاولة مساعدة الشخص الكفيف على تعديل تلك النظرة المتشائمة، والتي تتسم بالعداء والكراهية، وأن يدرك طبيعة الصعوبات التي يواجهها. وكيفية ضبطها بل والتغلب عليها، وكذلك أن يصل إلى قناعة بأن مجتمع المبصرين لا ينظر إلى الإعاقة البصرية كعلامة فارقة للاختلاف بين نوعية من البشر، أو أنها مؤشر، أو رمزًا للاختلاف الاجتماعي الذي يتوهمه الكفيف.

على الجانب الآخر فإن ثقافة المجتمع تعد محددا لكثير من القيم والعادات الاجتماعية: فعلى سبيل المثال يعطى في بعض المجتمعات للفروق النوعية كخصائص لون البشرة، أو الأجناس (السلالة) درجة من الأهمية الاجتماعية والتي تكون نظرة اجتماعية ذات مستوى معين، أو ما يمكن أن يطلق عليه درجة من الظهور، أو الوضوح الاجتماعي للون، أو جنس معين وقد يحدث على نفس الشاكلة بالنسبة للشخص الكفيف ولكن ليس ناتجا عن تراث مجتمعي، أو محددات اجتماعية بل يبرز من خلال مشاعر العصبية العميقة التي يعاني منها الكفيف لشعوره بالاختلاف، أو لعدم اطمئنانه ويأسه من تقدير المجتمع له وفشله في أن يتغلب على فقدان بصره وأن يحيا حياة طبيعية فتنعكس هذه المشاعر والأفكار على مظهره الخارجي وينتقل ذلك للآخرين ويجعل من كف بصره عاملا للظهور، أو الوضوح الاجتماعي، أو ربما يسقط مشاعره هذه على من حوله ليوهمهم بأنه مراقب حتى وإن لم يكن كذلك.

إن مشاعر السلبية والاختلاف لدى الكفيف والتي تضاف إلى عامل الظهور، أو الوضوح الاجتماعي يمكن التعامل معها من خلال العوامل النفسية وكيفية مواجهتها إذ أن ذلك يعد شكلا من أشكال عدم الاطمئنان والثقة يجعل الكفيف يخشى المراقبة بالرغم من إنه في وقت ما ربما يواجه ويتحدى هذه المراقبة وهذا الشعور يجعله غالبا يشعر بأنه مراقب حتى عندما لا يوجد أحد على الإطلاق في المكان.

إن هذا الشعور بعدم الاطمئنان يعكس سلوكيات عدم الثقة بنفسه وبالآخرين والذي يمكن مواجهته وذلك بمساعدته على تعديل مفهوم الذات لديه بمشاركته في الأنشطة الاجتماعية والاندماج مع جماعات المبصرين حتى يتخفف من مشاعر السلبية ويتحرر من مشاعر النقص ويكون قادرا على مواجهة المشكلات والتغلب عليها.

إن الشخص الكفيف الذي تم تدريبه على الاستقلالية والاعتماد على النفس هو الذي يسير في الطريق معتمداً على عصاه نادراً ما يحتاج إلى مساعدة الآخرين وذلك في

أضيق نطاق وعند أصعب الظروف. ولا يتلقى عروضا للمساعدة: إلا عندما يبدي عن حاجته لذلك بينما الشخص الكفيف الذي تربى على الاعتمادية وانتظار مساعدة الآخرين يكون مستعدا لتلقي عروض المساعدة في أي وقت وتحت أي ظرف من الظروف ولا يكلف نفسه عناء المحاولة وهذا ما يدفعنا إلى إلقاء الضوء على تقدير الكفيف لذلك.

ومن خلال استعراض نتائج بعض الدراسات والتي أجريت في مجال الخصائص الاجتماعية لذوي الإعاقة البصرية.يمكن استخلاص ما يلي :

(١) يعانى ذوي الإعاقة البصرية من مشكلات مختلفة في السلوك. وهم أقل من زملائهم المبصرين في الكفاءة الأكاديمية والعمل التعاوني.

(٢) وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين بعض الاتجاهات الوالدية وأساليب المعاملة اللاسوية للأبناء وبعض أبعاد التوافق الشخصي والاجتماعي. والنضج الاجتماعي لدى الابن ذي الإعاقة البصرية.

(٣) وجود علاقة ارتباطيه بين كل من اليأس والاكتئاب ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية. وأنه يمكن التنبؤ بمستوى الاكتئاب لديهم من خلال التعرف على الكفاءة الاجتماعية والأكاديمية.

(٤) يعانى ذوي الإعاقة البصرية ضعف الانتباه. والقلق. وسوء التوافق الاجتماعي. وقصور الكفاءة الاجتماعية مقارنة بذويهم من المبصرين.

(٥) لديهم قصور في المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية. ويعانون من مشكلات في التكيف الاجتماعي (عواد، و شريت،٢٠٠١).

التوافق الاجتماعي والانفعالي:

يتأثر التوافق الاجتماعي للكفيف إلى حد كبير بعاملين مهمين أولهما الاتجاهات الاجتماعية نحو المكفوفين. وهذه الاتجاهات إما تكون سلبية، ومن ثم تؤثر

تأثيرا سلبيا على الكفيف وتدفعه إلى العزلة والانطواء، أو تكون إيجابية فيتفاعل مع بيئته ومجتمعه ويقبل عليها، ويتأثر التوافق الاجتماعي والانفعالي للكفيف بهذا التباين في الاتجاهات: فنجده يعاني من قصور في هذا التوافق وأن هذا القصور يزداد بتقدم عمر الكفيف.

أما العامل الآخر فهو درجة تكيف الكفيف مع إعاقته حيث أن تكيف الكفيف مع إعاقته يعد خطوة مهمة في عملية التوافق الاجتماعي، وأنه من الضروري أن نهتم بعملية تنشئة الكفيف منذ طفولته المبكرة بهذه العملية حتى نضمن توافقه الاجتماعي والانفعالي في المستقبل: فالطفل الكفيف يربي نفسه بالصورة التي تعامله بها البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، ولهذا فإن درجة تكيفه مع إعاقته تتحدد بطبيعة ذو إعاقة آخر يدله.

إن الطفل الكفيف في نموه العاطفي واحتياجاته عن طفل المبصر مع أنه ليس هناك إنكار لحقيقة أن فقدانه البصر يؤثر عليه: بل ويؤثر على بيئته بطرق معينة، ولكنها ليست بالضرورة ردود أفعال مباشرة لكف البصر. ولنضرب بذلك مثلا حيث يزعم البعض أن الطفل الكفيف غير سعيد أنه يتمنى لو أنه مبصراً، وهذا الزعم يجانبه الصواب، أو لا تؤكده الشواهد على آية حال وذلك لأن الطفل الكفيف الرضيع لا يعرف أنه فاقد البصر، وينمو دون أن يتأثر بذلك بفقدانه لبصره ولكن آبائهم هم الذين ينزعجون من جراء فقد طفلهم البصر وردود أفعالهم قد تؤثر بطريقة غير مباشرة على طفلهم وذلك لأهمية الاتصال الشخصي القوي بين الطفل الرضيع وأمه خلال فترات حياته الأولى فإذا تأثرت تلك العلاقة الودية بفقدان البصر لدى الرضيع وتأثرت بذلك الأم فإن النمو العاطفي للطفل سيتأثر كالأطفال المبصرين الذين يعانون من نقص في استجابة الآباء لهم ومعهم، وهذا لا يشكل اكتشافا مفاجئا فيلاحظ بعض الأطفال منذ وقت مبكر من عمرهم أنهم لا يستطيعون القيام بأشياء

يقوم بها أقرانهم كعدم قدرتهم التقاط شيء سقط منهم بسرعة ولكن عليهم البحث وغالبا ما يرشدهم الآخرون للمكان الذي يوجد فيه هذا الشيء. ويبرر الآباء كلهم هذا التصرف بأنهم مازالوا صغارا وأن آخرين من نفس عمرهم يمكنهم القيام بهذه الأشياء، كما سوف يسمعون كلمة (يرى)، والتي سترتبط بالأفعال والحركات التي لا يستطيعون بأنفسهم القيام بها وهكذا فإن الطفل الكفيف سينمو وهو يدرك أنه مختلف عن الأطفال الآخرين، وكل هذه الاختلافات ستلخصها كلمة (الكفيف) على الرغم من الاعتناء الخاطئ لبعض الآباء بأنهم يمكنهم أن يحققوا عن أطفالهم أنهم مكفوفون حيث يحمونهم من هذا الألم، أو ذلك الحزن.

اتجاهات الأسرة نحو الكفيف:

تؤثر أسرة ذو الإعاقة البصرية والمبصرون المحيطون به تأثيراً واضحًا في تشكيل اتجاهاته نحو الاستقلال والاعتماد على النفس، حيث نجد أن الاتجاهات الاجتماعية التي يتبناها المحيطون بالفرد ذو الإعاقة البصرية تلعب دوراً بالغ التأثير على شخصيته وخصائصه. وهذه الاتجاهات إما أن يغلب عليها الإهمال، والنبذ، والرفض، أو العطف المبالغ فيه، والشفقة، والحماية الزائدة، وفيما بينهما تقع اتجاهات أخرى أكثر اعتدالية وإيجابية وموضوعية تتعامل مع ذوي الإعاقة البصرية بشكل واقعي وتساعدهم على تنظيم شخصياتهم بما يحقق لهم النضج النفسي، والاستقلالية، والشعور بالاكتفاء الذاتي، والثقة بالنفس (عبد الحميد، ١٩٩٥).

وأهم الاتجاهات التي يتأثر بها الفرد ذو الإعاقة هي الاتجاهات الوالدية؛ لأن نبذه، أو إهماله، أو حمايته على نحو مبالغ فيه، أو تقديم المساعدة بأكثر مما ينبغي من قبل والديه، أو أفراد أسرته، يجعله أكثر شعورًا بالعجز عند مواجهة كثير من المواقف، ويُضعف من ثقته بنفسه، ويؤدي إلى إحباطه، وتجعله يعيش في قلق وصراع

نفسي ما بين طموحه إلى الاستقلالية والتحرر، والمقاومة والرفض لما يُضرب حوله من قيود، أو يُفرض عليه من حماية ووصاية من قبل والديه وأسرته، ونزوعه إلى قبول ذلك ومسايرتهم والاعتماد عليهم، نتيجة شعوره بالعجز، ونقصان الخبرة من ناحية أخرى (القريطي، ٢٠٠٥).

ومن ثم فإن أساليب المعاملة التي يتبعها الوالدان مع أبنائهما ذوي الإعاقة تؤثر على الاستقلال النفسي، فهذه الأساليب هي التي تحدد شخصية الفرد وترسم معالمه وتوجه إمكاناته وقدراته؛ فعلى الرغم من تنوع هذه الأساليب إيجابيا أم سلبيا فإن مبادئها ومظاهرها واحدة لدى الأسوياء وذوي الإعاقة، ولاشك في أن لأساليب المعاملة الوالدية الدور الأكبر في خلق الشخصية الاعتمادية، أو الشخصية الاستقلالية مع الأخذ بعين الاعتبار أن الإعاقة البصرية تفرض على صاحبها نوعا من الاعتمادية والتواكل (نصر، ٢٠٠٥).

اتجاهات المجتمع نحو الكفيف:

تمثل نظرة المجتمع ووجهة النظر التي يتبناها حيال موضوع ما واستجاباته الاجتماعية تجاه ظاهرة من الظواهر المحصلة النهائية لاستجابات أفراد هذا المجتمع ووجهة نظرهم وردود أفعالهم نحو ذلك الموضوع، أو تلك الظاهرة وهو ما يطلق عليه الاتجاهات الاجتماعية، أو اتجاهات المجتمع، ولقد كانت استجابات المجتمعات الإنسانية للإعاقة بشكل عام - كظاهرة، أو موضوع اجتماعي - ومن اتجاهاتها نحو ذوي الإعاقة مختلفة ومتنوعة عبر المراحل التاريخية المتعاقبة شأنها في ذلك شأن أي بعد من الإبعاد الأخرى التي تمثل ثقافات تلك المجتمعات.

لقد تكونت لدى تلك المجتمعات الإنسانية وعبر حضاراتها المختلفة قناعات تراكمية عبرت عنها اتجاهاتها وردود أفعالها المتباينة نحو الإعاقة وذوي الإعاقة

تراوحت ما بين الشفقة والرحمة والمساعدة والرفض والعزل والإبادة في بعض الأحيان؛ إلا إنها جميعا اتسمت في مجملها بالسلبية والتركيز على نقاط الضعف والعجز وهذا يعني أن هذه الاتجاهات السلبية ليست وليدة العصر وإنما تضرب بجذورها في عمق التاريخ وتوجد لدى معظم الثقافات والشعوب والملاحظ أن لهذه الاتجاهات السلبية تأثيرات ثانوية وعلى نطاق واسع في كيفية التعامل مع الأفراد ذوي الإعاقة.

إن هذه الاتجاهات السلبية والتي تم التعبير عنها بالمعاملة التي لا ترقى إلى المستوى الملائم للمعاقين تعود أساسا إلى الافتراضات والقناعات الاجتماعية عن عجز هذه الفئة وعدم جدواها والتي تشكلت بدورها بفعل محددات اجتماعية أساسية فهناك عددا من العوامل هي المسئولة عن تحديد الاستجابات الاجتماعية للمجتمع نحو موضوع الإعاقة ومنها:

(١) ما يدركه المجتمع من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة.

(٢) ظروف المجتمع الاقتصادية ومدى تأثيرها.

(٣) الإدراك الواعي من المجتمع لمسئوليته عن الإعاقة.

(٤) ما يسود المجتمع من نظام اجتماعي ثقافي.

(٥) ما يدركه المجتمع من نتائج وأخطار تترتب على الإعاقة.

ومما لاشك فيه أن تلك العوامل متفاعلة ومرتبطة ومعقدة بحيث ينبثق عنها عدد من العوامل الأخرى المتداخلة، كما أنها لا تعمل منفصلة بل كمنظومة متكاملة كل منها يمهد للآخر وينميه فظروف المجتمع الاقتصادية لا تعني قوة اقتصاد المجتمع فحسب بل يمتد ذلك إلى أبعاد أخرى كالسياسة الاقتصادية للمجتمع وما يستتبعها من خطط النمو الاقتصادي والنمط الاستهلاكي للأفراد وغيرها وما يرتبط بذلك من قيم اجتماعية ثقافية وهكذا فإن تلك العوامل تؤثر بشكل مباشر، أو غير مباشر في تحديد استجابات المجتمع حيال موضوع الإعاقة والتي تحدد جزئيا بناء على ما

يدركه المجتمع كأسباب للإعاقة وماله تأثير كبير في هذه الاتجاهات حيث كان ينظر إلى أسباب الإعاقة قديما على أنها سيطرة قوى الأرواح الشريرة وذلك لعدم قدرة المجتمعات وقتئذ على تقديم تفسيرات علمية للإعاقة أدى إلى ظهور التفسيرات الخرافية المستندة إلى الخوف من المجهول وإلى قوى ما وراء الطبيعة والتي كانت تشكل تهديدا حقيقيا لبقاء ذوي الإعاقة في تلك المجتمعات، ولقد فقدت تلك التفسيرات الخرافية مبرراتها مع ظهور التفسيرات الطبيعية الجسمية والبيئية وذلك نتيجة سيطرة العلم على الخرافة والذي قاد إلى تطوير الاتجاهات الإنسانية الاجتماعية نحو ذوي الإعاقة والتي لم تقتصر على مجرد بقاء ذوي الإعاقة وحقهم في الحياة ولكنها أصبحت تأمل في أكثر من ذلك بدءا من تقديم خدمة مناسبة في مؤسسة خاصة مرورا بالرعاية التربوية والتأهيلية والإنسانية والنفسية وصولا إلى دمج ذوي الإعاقة مع أقرانهم العاديين أكاديميا بالمدارس العادية وعلى المستوى الاجتماعي الشامل في جميع مرافق ومؤسسات المجتمع على حد سواء.

ولقد مرت الاتجاهات نحو ذوي الإعاقة بمراحل تاريخية سريعة ومتلاحقة شهد القرن الماضي معظم ما لحق بها من تطورات تجلت في ظهور البرامج التربوية الخاصة بهؤلاء ذوي الإعاقة وبدايات إعداد الكوادر البشرية المدربة على العمل مع فئاتها المختلفة وكذا ظهور أدوات القياس والتقييم والتشخيص والتصنيف مما كان له الأثر الواضح في زيادة وعي المجتمع بحجم مشكلة الإعاقة وضرورة التفاعل والتعامل المنطقي مع مسبباتها فصدرت التشريعات والقوانين الدولية التي تضمن توفير الفرص التعليمية والتربوية والتأهيلية للمعاقين بشكل عام والمكفوفين على وجه الخصوص.

من الطرح السابق يتبين مدى التطور السريع والمتناهي في اتجاهات المجتمع نحو ذوي الإعاقة عامة بما فيهم المكفوفين والمتمثل في التغيير والتعديل الذي طرأ على الاتجاهات السلبية نحوهم والذي يبدو في تفهم المسئولين والأخصائيين لحاجات

ومتطلبات الأفراد المكفوفين وحقهم في الحصول على الخدمة المناسبة والرعاية التربوية والاجتماعية والنفسية على المستويين الرسمي والتطوعي فأصبح هناك فصلا بين حاجات المكفوفين وحاجات ضعاف البصر، كما أشتمل التطور الذي طرأ على الاتجاهات السلبية نحو المكفوفين مالحق باتجاهات الأهل والأسرة من تغير ملحوظ حيث كان ينظر بعض الأهل إلى طفلهم الكفيف على أنه عقاب لهم من السماء على خطاياهم التي وقعوا فيها، كما تزداد لديهم مشاعر الخوف في الحصول على مزيد من الأطفال المكفوفين مستقبلا فتتولد لديهم مشاعر الذنب والإثم ويفكروا فيمن حولهم فتنتابهم مشاعر الخزي والعار ويحاولون إنكار حالة طفلهم وعدم تقبلها فتتوالى ردود الفعل الدفاعية كالتبرير والإسقاط، أو العدوان، أو الانسحاب ومن ثم عدم الاستقرار الانفعالي والشعور بالتوتر والقلق والخوف وفي نهاية المطاف تقبل إعاقة الطفل وعندئذ يلجأون إلى تقديم الحماية الزائدة للطفل.

ولقد حظيت قضية الاتجاهات الاجتماعية نحو الطفل الكفيف بقدر كبير من الاهتمام والبحث من جانب العديد من الباحثين والدارسين في مناقشاتهم ومقالاتهم وأبحاثهم وكتبهم التي تناولت بالدراسة والتحليل شخصية الطفل الكفيف وسيكولوجية المكفوفين فقد أبدى فريق من الباحثين قناعتهم بوجود اتفاق شبه عام بين المكفوفين ومن يعملون معهم على أن المجتمع ينظر إلى المكفوفين نظرة سلبية تعبر عن ضعفهم وعجزهم عن الاعتماد على أنفسهم وغالبا ما يوصفون في مواقف اجتماعية وفرص أقل تقديرا واستخفافا لقدراتهم وامكانياتهم وللاتجاهات الاجتماعية وخاصة التي يتبناها المحيطون بالطفل الكفيف _ دور بالغ التأثير في شخصيته وخصائصه حيث يتراوح دور هذه الاتجاهات ما بين الإيجابية المفرطة كالحماية الزائدة والشفقة ومشاعر العطف المبالغ فيها. أو السلبية بأقصى درجاتها كالإهمال والنبذ والرفض وفيما بينهما تبدو اتجاهات أخرى أكثر اعتدالية

وموضوعية وتميل إلى السوية فتتعامل مع الطفل الكفيف بشكل دافعي وتساعده على تنظيم شخصيته بما يحقق له النضج النفسي والاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي والثقة بالنفس ومن الجدير بالذكر أن تأثير الاتجاهات الاجتماعية السالبة نحو الطفل الكفيف قد يعود تأثير الإعاقة ذاتها عليها إذ تتكون لديه الكثير من الاضطرابات النفسية كانفصاله عن مجتمعه ووجود فجوة بينه وبين الآخرين من المبصرين وضعفا لتواصل بينه وبينهم، أو فقده أحيانا، وكذلك انسحابه من الحياة الاجتماعية كرد فعل لما يستشعره من نبذ المجتمع له، وقد يستثير ذلك نوعا من الدوافع العدوانية لدى بعض الأطفال المكفوفين كنوع من التعويض.

وتعد الاتجاهات الوالدية أهم الاتجاهات التي يتأثر بها الطفل الكفيف لأن نبذه، أو إهماله، أو عدم تفعيلة، أو حمايته على نحو مبالغ فيه، أو تقديم المساعدة له بأكثر مما ينبغي من قبل والديه ربما يجعله أكثر شعورا بالعجز عند مواجهة العديد من المواقف، وكذلك يضعف ثقته بنفسه ويؤدي إلى إحباطه، كما يؤثر تبعا لذلك على علاقاته الاجتماعية مع الآخرين نظرا لما يترتب علي مثل هذه الأساليب غير السوية من المعاملة الوالدية الناتجة عن تلك الاتجاهات من نزوعه إلى الانسحاب والانطوائية وربما العدوانية في بعض الحالات، فتنمو شخصيته تجاه الاضطراب وسوء التوافق، كما يعيش في قلق وصراع نفسي ما بين طموحه إلى الاستقلالية والتحرر والمقاومة والرفض والتمرد على كل ما هو حوله من قيود، أو ما يفرض عليه من حماية ووصاية من قبل والديه من ناحية ونزوعه إلى قبول ذلك ومسايرتهم والاعتماد عليهم نتيجة شعوره بالعجز والقصور ونقصان الخبرة من ناحية أخرى، ومن هنا تبدو أهمية البرامج الإرشادية لأسر الأطفال المكفوفين لمساعدتهم على فهم خصائص هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل السوي معهم بمعرفة احتياجاتهم ومتطلباتهم والسعي لتخليص المناخ الأسري من مشاعر الذنب والسخط والضجر والرثاء لحالات هؤلاء الأطفال

والحد من القلق الزائد عليهم. أو محاولة حمايتهم حماية زائدة تأتي بالنتائج العكسية.

وتأكيدا لهذا الجانب فقد أجريت بعض الدراسات للبحث عن وجود علاقة بين الاتجاهات الوالدية من ناحية ونمط سلوك الكفيف واتجاهاته نحو إعاقته من ناحية أخرى. وقد توصلت هذه الدراسات إلى أن درجة التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الكفيف كانت أقل من درجته لدى المبصرين وأن الكفيفات في عينة الدراسة كن أكثر توافقا من الذكور المكفوفين. وكذلك فالاضطرابات الانفعالية وعدم التوافق ترتبط بالمواقف والاتجاهات الاجتماعية السائدة في بيئة الكفيف أكثر منها نتيجة لإعاقته وقد أظهرت تلك الدراسات عددا من الأنماط السلوكية المتعلقة بالتوافق. أو عدمه ارتباطا بالاتجاهات الوالدية منها:

(١) النمط الدفاعي فتظهر بعض الحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط كوسائل تستخدم لإعطاء أسباب مقبولة لسلوك الشخص الذي يحمي نفسه بهذه الطريقة من حتمية ابداء الأسباب الحقيقية للفشل فيصب الكفيف اللوم على المجتمع لتعصبه ضده وعدم معاملته بالطريقة الصحيحة. أو. كما يجب أن تكون المعاملة.

(٢) النمط الإنكاري حيث لا يتقبل الكفيف نواحي القصور الواقعية الناتجة عن الكف البصري وينكرها ويزعم بأنها لا تمثل نوعا من الإعاقة بل يتجنب مناقشة ما يتعلق بها من مشكلات.

(٣) النمط التعويضي وذلك بأن تبدو روح العدوانية المفرطة والدوافع القوية للمناقشة والاستياء والنقد على أنها دليلا على الصفات غير الاجتماعية.

(٤) النمط الانسحابي وفيه يبدو تركيز تفكير الكفيف على الإعاقة نفسها ويتجنب مواقف المنافسة مع الآخرين سوى من هم مثله من المكفوفين ومن مظاهر هذا النمط التركيز على أحلام اليقظة والأنشطة الذاتية.

(٥) نمط الاستجابات السلوكية غير المتوافقة حيث يبقى الكفيف في هذا النمط في حالة من سوء التوافق ويعجز عن مواجهة المشكلات العادية التي تمر بحياته وتبدو مظاهر سوء التوافق لديه في بعض الأشكال المتنوعة كالقلق المبالغ فيه والتركيز على الذات وعدم الاستقرار الانفعالي.

(٦) النمط التعويضي الصحي حيث يميز الكفيف وفقا لهذا النمط أوجه القصور الناتجة عن الإعاقة ويعترف بينه وبين نفسه بها ويتقبلها؛ إلا أنه يحاول أن يقلل من تأثيرها وذلك باستبدالها وتعويضها بقدرات وإمكانيات أخرى يمكنها أن تملأ فراغ هذا القصور كلما أمكن ذلك.

واستخلاصا لتلك الدراسات يتضح أن التوافق يرتبط بالاتجاهات الوالدية الموجبة وعدم التوافق ينتج عن الاتجاهات الاجتماعية السالبة وخاصة الاتجاهات الوالدية أكثر مما ينتج عن فقد البصر في حد ذاته وأن كثيرا من المكفوفين يعانون من قصور في التوافق الاجتماعي يزداد بتقدم عمر الكفيف، كما أن الطلاب المكفوفين الذين يدرسون في المدارس العادية جنبا إلى جنب مع المبصرين يكونوا أكثر توافقا مع أقرانهم الذين يتعلمون في مدارس التربية الخاصة سواء النهارية، أو الداخلية نظرا لانعزالهم عن المجتمع والبعد عن التفاعل الاجتماعي.

وفي دراسة قام بها عبد العزيز الشخص ١٩٩٢ حول أثر أسلوب الرعاية على مستوى القلق لدى المكفوفين واتجاهاتهم نحو إعاقتهم توصل إلى أن أسلوب الرعاية المتبع مع المكفوفين له تأثير ملحوظ حيث يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديهم سواء كانوا ذكورا أم إناثا. كما يؤدي إلى سلبية اتجاهاتهم نحو إعاقتهم وتبين أن الإناث

أكثر إيجابية مقارنة بأقرانهم من الذكور المكفوفين، وهذه النتائج تتفق مع ما تم توضيحه خلال الصفحات السابقة حيث تبين أن كف البصر في حد ذاته ليس بالضرورة أن تصاحبه الخصائص السلبية كالقلق، أو الاتجاه السلبي نحو الإعاقة بل إن تواصل الكفيف بالمجتمع والمواقف الاجتماعية المتنوعة تؤثر كثيرا في هذه الاتجاهات، وعلى الرغم من انتشار الخصائص السلبية بين الأطفال المكفوفين كالشعور بالدونية وعدم الثقة بالنفس وعدم تقدير الذات؛ إلا أن ذلك يعود إلى حد كبير إلى القصور في توفير أساليب الرعاية المناسبة لهؤلاء الأطفال، كما أن انتشار الخصائص السلبية بين المراهقين المكفوفين كالاكتئاب والقلق والحزن يمكن أن يعود إلى حرمانهم من الخبرات الحسية والاجتماعية المناسبة ومن ثم فإن توفير أساليب الرعاية التربوية والاجتماعية للمكفوفين جنبا إلى جنب مع أقرانهم المبصرين وعدم عزلهم عن الحياة العادية في مؤسسات خاصة يمكن أن يساعد على التخلص من تلك المشكلات النفسية إذ أن وضع المكفوفين في مؤسسات خاصة داخلية معزولة طول الوقت يولد لديهم شعورا برفض المجتمع ونبذه لهم فينتج عن ذلك عدم الشعور بالأمن، أو بمعنى آخر كلما كانت اتجاهات المجتمع أقرب إلى الإيجابية والسوية كان ذلك انعكاسا على اتجاهات المكفوفين نحو إعاقتهم ونحو مجتمعهم الذي يتقبلهم فيقبلون عليه.

مما سبق يتضح بشكل عام أن الاتجاهات نحو المكفوفين تميل إلى السلبية وتركز الاهتمامات على نقاط الضعف وعلى عجز الفرد وليس على نواحي القوة وما يمكنه القيام به وأن التعايش مع الاتجاهات السلبية كثيرًا ما يشكل تحديا أكبر من التعايش مع الإعاقة ذاتها، كما أن ردود فعل الوالدين والمحيطين بالطفل الكفيف غالبا ما تنطوي على افتراضات نمطية مؤداها أن الكفيف شخص عاجز لا يمكنه الاعتماد على نفسه يحتاج إلى الشفقة ويعتمد على الآخرين إضافة إلى أن ثمة اعتقادات خاطئة

لدى المجتمع عن الكفيف تشوه صورته وتقلل من قدراته ولا تعترف: إلا بعجزه وتغض الطرف عن قدراته واستعداداته التي يمكن أن تعوض هذا القصور.

من الجدير بالذكر أن الفرد في المجتمع _ كفيفا كان أم مبصرًا _ لا يمكنه العيش بمفرده ولا يستطيع أن يعيش حياته دون أن تمتد إليه يد المساعدة من الآخرين، وكذلك يمد يده هو الآخر لمساعدة الآخرين أي أن الكفيف والبصر يتشابهان أكثر مما يختلفان والفرق بينهما أن الكفيف يواجه ظروف الحياة بطرق ووسائل تختلف بعض الشيء نتيجة لفقد البصر وبناء على ذلك فهو بحاجة إلى مساعدة مبالغ فيها وحماية زائدة ويعد ذلك افتراضا تقليديا لدى كافة المبصرين. الأمر الذي يترتب عليه إتباع سلوك الحماية الزائدة والتي تحد من قدرة الكفيف، أو حتى المبصر على مواجهة الكثير من المواقف وتشجيع الاعتمادية بدلا من الاستقلالية، وفي واقع الأمر فإن الكفيف بحاجة إلى إتاحة الفرص المناسبة له للنمو والاستقلالية شأنه في ذلك شأن المبصر مع تقديم المساعدة له بشيء من الترشيد وفي أضيق نطاق وعند ملاحظة حاجته إليه لأن غير ذلك سوف لا يمكنه من تطوير علاقات إيجابية وواقعية مع المجتمع المحيط به.، كما أن هناك وجها آخر لتشابه الكفيف والمبصر وذلك في بعض الأنماط السلوكية التي قد يبديها كل منهما ولو أنها أيضا بدرجات مختلفة: إلا أن المجتمع يركز عليها لدى الكفيف ويعتبرها غير مقبولة اجتماعيا ويغض الطرف عنها لدى المبصر ومن أمثلتها السلوك النمطي، أو اللزمات النمطية لدى الكفيف كتمايل الجسم وتحريك الرأس وفرك العين وفرقعة الأصابع وغيرها يقابلها سلوكا نمطيا لدى المبصر كقضم الأظافر، أو مص الإصبع وتمايل الجسم أحيانا والتشابه هنا في تكرار السلوك وشدته ومدى إثارته بحيث يكون ملفتا للنظر وعلى الرغم من تبرير هذا السلوك بالنسبة للكفيف والمتمثل في كونه محروما من النموذج السلوكي الذي يحاكيه نتيجة فقد البصر فإنه يتم التركيز عليه بدلا من محاولة توجيه الكفيف

نحو تطوير أنماط سلوكية مقبولة اجتماعيا بدلا من تلك السلوكيات النمطية التي يرى البعض أنها ناتجة عن الشعور بالقلق والإحباط الذي يعاني منه الكفيف ومما يزيد من تكرارها وشدتها ما يفرض على الكفيف من اتجاهات اجتماعية سالبة وللبيئة الاجتماعية تأثير كبير على اتجاهات الفرد الكفيف نحو تلك اللزمات السلوكية حيث أن المطالب التي تفرضها بيئته على سلوكه، كأن يقوم المعلم، أو أخصائي التدريب على الحركة، أو الأب بفرض ضغوط على الطفل الكفيف بعد الإقلاع عن هذه السلوكيات بشكل مباشر، أو بطريقة فيها إهانة له أكثر مما يفرضه المعلم في الفصل العادي الذي يضم أطفالا مكفوفين حيث لا يرغب في تمييز وإظهار هذه السلوكيات أمام زملائهم من المبصرين وفي ذات الوقت فإن هؤلاء الزملاء المبصرون يميلون إلى إخبار الطفل الكفيف بالوقت الذي يكون فيه سلوكه مختلف عن سلوك زملائه بشكل ودي وفيه تلطف وتقدير لذات الطفل الكفيف فيحاول أن يغير من هذه السلوكيات ويعدل منها حتى يحصل على تقبل زملائه دون إهانة، أو حرج من الآخرين ويمكن للآباء والمعلمين وغيرهم من الأخصائيين المهنيين القيام بدور مؤثر وفعال لمساعدة الطفل الكفيف على تنمية وتطوير طرق وأساليب أقرب إلى العادية في الحياة، كما يمكن للطفل تجنب قدر كبير من مشاعر الأسى والألم والقلق والتوتر إذا ما بدأت برامج تعليم وتدريب وتوجيه المكفوفين في سن مبكرة.

إن البرامج الأسرية تركز على ضرورة تفهم حاجات الأطفال المكفوفين ومحاولة تلبيتها جنبا إلى جنب مع تفهم خصائصهم وطرق التعامل الصحيح معهم، وكذلك الخدمات المناسبة لكل حالة ولا تقتصر عملية تنبيه حاجات الطفل الكفيف على إزالة القيود الجسمية عن طريقه ولكن يجب بأولوية العمل على إزالة القيود والحواجز النفسية إذ أنه أكثر العوامل أهمية فإذا لم توفر البرامج التربوية القائمة على التوقعات الإيجابية والاتجاهات البناءة ذلك فإن النتيجة سوف تكون سيئة بالنسبة

لهذا الطفل حيث تثبط استقلاليته ومبادراته وتوضع القيود على مهاراته التكيفية، وكذلك سيتطور الشعور بالدونية لديه وفي معظم الأحيان يكون الناتج في النهاية تقبل الكفيف الاتجاهات السلبية والتوقعات المحدودة التي يتبناها المحيطون به، فالحماية الزائدة من الأهل والشفقة الممزوجة بالأسى من الأقارب والأصدقاء والتشاؤم من جانب المعلمين والمرشدين والرفض لكل محاولة للاستهلالية كل ذلك محصلة للاعتقادات الخاطئة عن القيود التي تفرضها الإعاقة على الفرد، وإذا أردنا تهيئة الظروف الاجتماعية المناسبة الملائمة للطفل الكفيف لتحقيق ذاته وليتمتع بالمسئوليات والواجبات التي يتمتع بها أقرانه المبصرون فينبغي وبدون تردد أن نعمل على مقاومة مثل هذه الاعتقادات والتغلب عليها إذ أن أهم عناصر البرامج التربوية الفعالة التي تقدم للمكفوفين هو كيفية التخلص من الاتجاهات الاجتماعية السالبة والتي تتعارض مع الواقعية، وكذلك مساعدة الكفيف على أن يكتسب المهارات الضرورية والخاصة بمواجهة وتجاوز تلك الاتجاهات وبناء على هذه النتائج فإن البرامج التربوية الفعالة المقدمة للمكفوفين يجب أن تحقق بعض الأهداف من أهمها:

(١) مساعدة الكفيف على أن يكتسب المهارات والمعارف والخبرات التي تمكنه من تحقيق أكبر قدر من الاستقلالية الذاتية وأن يشعر بالمساواة مع الآخرين وخاصة المبصرين.

(٢) مساعدته على تقبل إعاقته ومن ثم تفعيل ذاته على ما هو عليه من كف بصري.

(٣) أن يكون لدى الكفيف قناعة بأنه قادرا على أن يحيا حياة سعيدة وطبيعية كباقي الأفراد المبصرين.

ولتحقيق هذه الأهداف وغيرها يجب تزويد مجتمع المبصرين من حوله بالمعلومات الصحيحة عن الكفيف وقدراته وحاجاته، وكذلك تعريفهم بالطرق المناسبة للتعامل مع الكفيف وتقديم الخدمة عند الحاج وأيضا ينبغي أن يعرفوا

بخصائص المكفوفين وردود أفعالهم حتى يتمكن المبصرون من تهيئة الظروف المناسبة للمكفوفين ليتمكنوا من تحقيق أقصى ما يمكنهم تحقيقه ووصولا إلى أقصى ما تمكنهم قدراتهم واستعداداتهم.

ومن المعلوم أن الاتجاهات تكون نتيجة للخبرات التي يمر بها الفرد إضافة إلى تأثير الآخرين على سلوكه وهو ما يؤدي إلى تشكيل نمط ما من الاتجاهات سواء كان سلبيا أم إيجابيا نحو قضية من القضايا يؤمن الفرد بجوانبها المعرفية ويسلك تبعا لذلك فليس من السهل تغيير هذه الاتجاهات، أو تعديلها لمجرد الوعظ والإرشاد وانما يجب أن تتكاتف المؤسسات والهيئات ذات العلاقة لتجميع إمكانياتها ووسائلها وبرامجها المتنوعة لمحاولة التصدي للاتجاهات السلبية لدى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه الكفيف بنشر الوعي وتصحيح المفاهيم وتقديم المعلومات المناسبة ومحاولة إكساب الخبرات - وخاصة لأولياء الأمور - على التعريف بكيفية التعامل مع الأفراد المكفوفين، وذلك من خلال برامج تدريبية تربوية، تأهيلية، وتثقيفية متخصصة لمواجهة تلك الاتجاهات السلبية، ومحاولة تغييرها. وسوف يحتاج هذا الجهد إلى تعاون كافة الجهات والتنسيق بينها وصولاً إلى تحقيق تغيراً ملحوظاً في الاتجاهات السلبية، ويمكن الإشارة إلى بعض العوامل التي تساعد على تغيير الاتجاهات السلبية لدى أفراد المجتمع ومن هذه العوامل:

(١) مشاركة أولياء الأمور في تنمية قدرات أطفالهم ذوي الإعاقة: مما يؤدي إلى دعم البرنامج المدرسي، والمساعدة في الإسراع بتعليم الطفل للتخفيف: مما يوجه إليهم من نقد بخصوص أسلوب الحماية الزائدة الذي يتبعونه مع أطفالهم.

(٢) تعريف الوالدين بمصادر الخدمات المتاحة بالمجتمع، والتي يمكن لطفلهم الاستفادة منها: مثل: المراكز، والعيادات، والمؤسسات المتخصصة، والجمعيات الأهلية.

(٣) تفعيل دور وسائل الإعلام المختلفة (مقروءة، أو مسموعة، أو مرئية) لنشر الوعي بين الجمهور وتعريف أفراد المجتمع بالمعلومات الصحيحة والكافية عن الإعاقة ومسبباتها، وطرق الوقاية منها، وكيفية مواجهتها، والأسلوب الأنسب للتعامل مع الأفراد ذوي الإعاقة، ويمكن أن يجري ذلك عن طريق المحاضرات، والندوات والمناقشات، والزيارات، والمقابلات، والنشرات الدورية، والكتيبات، والأفلام التسجيلية... وغيرها.

(٤) مشاركة أولياء الأمور في البرامج التربوية المدرسية، ومحاولة دعم هذه البرامج للإطلاع على ما يقدم للطفل الكفيف من خبرات، ومعلومات، وتدريبات خلال البرنامج.

(٥) محاولة تصحيح بعض المفاهيم الخاطئة لدى أفراد المجتمع، والمتعلقة بموضوع الإعاقة البصرية بتبصرهم بطبيعة المشكلة، وأسبابها، وحجم المشكلة الفعلي لإزالة التصورات التقليدية السلبية التي تحول دون المواجهة الصحيحة والموضوعية للإعاقة، واستبدالها بالأساليب، والطرق المناسبة والتي ثبت نجاحها بالتجربة.

(٦) محاولة إقامة جسور ربط بين أولياء الأمور ومؤسسات الخدمة الاجتماعية القائمة بالمجتمع المحلي والمراكز والجمعيات الأهلية التي تقدم خدماتها المختلفة والتي تحتوي عادة على المكتبات، وأماكن اللعب، والترفيه للخروج من العزلة التي تفرضها الأسرة على طفلها وعلى باقي أفراد الأسرة.

(٧) محاولة تفعيل الاتصال الاجتماعي بين ذوي الإعاقة وأفراد المجتمع في المناسبات المختلفة، أو الأنشطة و الرحلات كي يشعر هؤلاء الأفراد بوجود ذوي الإعاقة البصرية كأشخاص لهم حقوقهم ولهم كرامتهم في هذا المجتمع للمساعدة في تعديل اتجاهات أفراد المجتمع.

(٨) يجب أن تتشكل لجان قومية عليا لمتابعة الخطط والمشروعات وكيفية تنفيذها وتقييم نتائجها. وتحديد مسئولية العاملين في مجال الإعاقة البصرية من المتخصصين. والمشرفين. والإداريين.

وإذا ما تم تطبيق العوامل السابقة وتفعيلها فإنه يمكن القول بأن اتجاهات أفراد المجتمع السلبية سوف تتبدل إلى الإيجابية. ومن ثم ينبغي دور الكفيف في التكيف مع البيئة بأن يعي حقيقة مؤكدة وهي أن العائق الأكبر الذي يعيق تفاعله مع البيئة ليست الإعاقة. أو العجز بحد ذاته: وإنما مواقف الآخرين ممن حوله وهذه المواقف ليست سمة من سمات أفراد المجتمع ولا هي وراثية وإنما هي محصلة للتعلم الخاطئ. والذي يمكن تعديلها. وتغييرها بالتعلم الصحيح عن طريق نشر الوعي. وغيره من الطرق والوسائل والأساليب الفعالة والتي يمكن أن تعود نتائجها في النهاية على كل من الكفيف وأفراد مجتمعه الواعي. والمتفهم لحقوقه. وواجباته. وقدراته. وإمكانياته وليس العكس.

وهكذا فإن تفهم حاجات ذوي الإعاقة البصرية ومحاولة تلبيتها لا تقتصر على إزالة الحواجز الجسدية فحسب: بل لا بد من إزالة الحواجز النفسية أولا. ولعل هذا العامل هو الأكثر أهمية. فإذا لم تقدم البرامج التربوية والتدريبية القائمة على التوقعات الإيجابية والاتجاهات البناءة. فالنتيجة هي تثبيط استقلالية ذوي الإعاقة البصرية ومبادرتهم. ووضع القيود على المهارات التكيفية وتطور الشعور بالدونية. وفي أغلب الأحيان تكون محصلة ذلك كله تقبل ذي الإعاقة البصرية لنفسه وذلك في ضوء الاتجاهات السلبية والتوقعات المحدودة التي يتبناها مجتمع المبصرين. فحماية الأهل الزائدة لطفلهم ذي الإعاقة البصرية. وشفقة الأقارب. والأصدقاء. وتشاؤم المعلمين والمرشدين. ورفض أصحاب العمل. كل هذه العوامل ما هي: إلا نتيجة الاعتقادات الخاطئة عن القيود التي تفرضها الإعاقة البصرية على الشخص. وإذا كنا

نُريد أن نُهيئ الظروف الاجتماعية الملائمة للمعوق بصريًا لتحقيق ذاته وليتمتع بالمسؤوليات والواجبات التي يتمتع بها أقرانه المبصرون، فلا بديل عن مقاومة مثل هذه الاعتقادات والتغلب عليها (منى الحديدي، ١٩٩٨).

التقييم النفس اجتماعي لذوي الإعاقة البصرية:

تصدى العديد من الباحثين لتقييم مظاهر النمو الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة البصرية وهذه أمثلة للمقاييس التي استخدمت لتحقيق هذا الغرض:

(١) مقياس العلاقات الاجتماعية

قام بإعداد هذا المقياس أشرف عبد الحميد (١٩٩٥) بهدف قياس العلاقات الاجتماعية بين الطلاب ذوي الإعاقة البصرية، وتم تطبيق هذا المقياس على عينة قوامها (٩٣) طالبًا وطالبة (٥٨) طالبًا بمدرسة طه حسين للمكفوفين بالقاهرة، (٣٥) طالبة بمدرسة النور والأمل للكفيفات بالقاهرة. ويتكون المقياس من (٣٢) عبارة بطريقة الاختيار من متعدد، وتشمل العبارات ثلاث اختيارات يمثل أولها الاتجاه الإيجابي، ويحصل الطالب على ثلاث درجات إذا أجاب عليها بالإيجاب، ويمثل ثانيهما الاتجاه السالب، ويحصل الطالب على درجة واحدة إن أجاب عليها، ويمثل ثالثهما مرحلة وسطية، ويحصل الطالب على درجتين. وكلما ارتفعت الدرجة التي يحصل عليها الطالب، فإن هذا يشير إلى اتجاهه الإيجابي نحو العلاقات الاجتماعية، أو أنه يتمتع بالفعل بعلاقات اجتماعية جيدة. وأقصى درجة هي (٩٦)، وأقل درجة هي (٣٢). وقام الباحث لحساب صدق المقياس بإجراء الصدق الظاهري وذلك بعرض المقياس على (١٥) من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، وأيضا إجراء صدق المحتوي، ومعامل الارتباط الثلاثي وكانت جميع العبارات دالة إحصائيا عند مستوي دلالة (٠.٠١) و (٠.٠٥). واستخدم في حساب ثبات المقياس طريقة إعادة الاختبار وبلغ معامل الثبات (٠.٨٢)، والتجانس

الداخلي عن طريق حساب معاملات ارتباط المفردات بالدرجة الكلية للمقياس وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وكانت جميع معاملات الارتباط تتراوح ما بين (٠.٤٣) و (٠.٨٥) وجميعها دالة إحصائيا عند مستوي دلالة (٠.٠١)، كما استخدم أيضا لحساب الثبات معادلة كرونباخ (معامل ألفا) وكان معامل الثبات (٠.٩٤) وهو دال عند مستوي دلالة (٠.٠١).

(٢) مقياس القلق الاجتماعي لدى الكفيفات

قام بإعداد هذا المقياس الببلاوي (٢٠٠٤) للكشف عما قد تعانيه بعض المراهقات والراشدات الكفيفات من القلق الاجتماعي، وفي ضوء ما أتيح للباحث الإطلاع عليه من دراسات ومقاييس صاغ بنود مقياسه، وتم تحديد أبعاد المقياس على النحو التالي:

(١) تجنب المواجهة الاجتماعية: ويقصد به "ابتعاد الفتاة الكفيفة عن الوجود مع الآخرين في المناسبات الاجتماعية المختلفة، ورفض الاشتراك في الأنشطة الاجتماعية، وتقديم المبررات وخلق الأعذار لتجنب الوجود في المواقف التي تشعر فيها أنها سوف تكون محط أنظار الآخرين، مما يولد لديها في النهاية الرغبة في التواري والانعزال عن الآخرين".

(٢) تجنب التواصل مع الآخرين: ويقصد به "عجز الفتاة الكفيفة عن التواصل، أو التفاعل مع الآخرين، أو إقامة علاقات اجتماعية، أو تكوين صداقات معهم، وكذلك التزام الصمت وعدم المشاركة في الحديث عند الوجود مع الناس، فضلاً عن عدم القدرة على التواصل مع رموز السلطة كالمعلم، أو مدير المدرسة مثلاً ".

(٣) الأعراض المصاحبة للقلق الاجتماعي: ويقصد به "ما ينتاب الفتاة الكفيفة من اضطرابات فسيولوجية، ومعرفية، وسلوكية، وانفعالية. في المواقف والمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل: خفقان القلب، وتصبب العرق، وجفاف الحلق، وتشتت

التفكير، وضعف القدرة على التركيز، وتلاشي الأفكار، والبطء أثناء المناقشة الجماعية، والشعور بالغضب، والخوف، والحزن، والتوتر..".

وفي ضوء ذلك صاغ الباحث (٣٦) عبارة تعبر عن المواقف التي تشعر فيها المراهقة الكفيفة بالمخاوف الاجتماعية والأعراض التي تنتابها أثناء تلك المواقف، وتم توزيعها على ثلاثة أبعاد، وقد أشتمل كل بعد على (١٢) عبارة.

ولحساب الصدق أعتمد مصمم المقياس على صدق المحكمين إذ تم عرض المقياس مع التعريفات الإجرائية للأبعاد على عدد من الأساتذة بكلية التربية جامعة الزقازيق بقسمي الصحة النفسية، وعلم النفس، وفي ضوء الالتزام بما ورد في آراء الأساتذة المحكمين؛ وفي ضوء نسبة اتفاق لا تقل عن٨٥ ٪ أسفرت تلك الخطوة عن حذف "٤ " عبارات من المقياس وتم تعديل صياغة بعض العبارات، كما تم حساب صدق التمييز بحساب صدق المقارنة الطرفية للأبعاد وكانت وفقًا لترتيب الأبعاد السابق ذكرها على التوالي ١١.٤، و١٥.٠٨، و١٤.٢، وجميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

ولحساب الثبات أعتمد مصمم المقياس على حساب ثبات وتراوحت معاملات ارتباط المفردات بين (٠.٣٢٠- ٠.٨٦٦) وجميعها تراوحت دلالتها بين (٠.٠٥ - ٠.٠١). وتم التحقق من ثبات المقياس أيضًا باستخدام معامل ألفا كرونباخ وكانت قيمته = (٠.٧٩٠)، وحساب التجزئة النصفية وكانت قيمته بتطبيق معادلة سبيرمان (٠.٨٤٧)، وبمعادلة جتمان(٠.٨٤٩) وهى دالة إحصائيًا.

(٣) مقياس المساندة النفسية والاجتماعية لدى الطلاب المكفوفين

قامت بإعداد هذا المقياس عبد المجيد (٢٠٠٧) بهدف المقياس إلى التعرف على حجم المساندة التي يتلقاها الشخص الكفيف سواء كانت من الأسرة، أو من المدرسة، أو من الأصدقاء، وذلك من خلال تقدير درجات كل طالب على المقياس لمعرفة مرتفعي

ومنخفضي المساندة. وقد تكون المقياس في صورته النهائية من (٤٥) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد :

- البعد الأول : المساندة الأسرية ويتكون من (١٩ عبارة).
- البعد الثاني : مساندة الأصدقاء ويتكون من (١٤ عبارة).
- البعد الثالث : مساندة المدرسة ويتكون من (١٢ عبارة).

تمت الإجابة على المقياس بطريقة فردية وشفاهية، حيث تمت قراءة العبارات واحدة تلو الأخرى. وقامت الباحثة بتسجيل الاستجابات. ويحتوى المقياس على الاستجابات التالية : (نعم. أحيانا. لا). وتتدرج الاستجابات على عبارات المقياس على النحو التالي (٣- ٢ - ١) للعبارات الموجبة. (١ - ٢ - ٣) للعبارات السالبة. وأرقام تلك العبارات (٣- ٨- ٣٧).

تم التحقق من صدق المقياس بطرق مختلفة كلها تمتعت بدرجة مناسبة من الصدق. ومن هذه الطرق :

١- صدق المحكمين: تم عرض المقياس في صورته الأولية وكان يتكون من (٤٩) عبارة على عشرة من المحكمين. تم حذف (٤) بنود ليتكون بذلك المقياس في صورته التجريبية من (٤٥) بندًا، تم ترتيبهم وتطبيقهم على (٦٠) طالبا وطالبة من ذوى الإعاقة البصرية تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مدرسة النور والأمل للمكفوفين، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (١١- ١٣) سنة.

٢- صدق التجانس الداخلي: وتم حساب صدق التجانس الداخلي للمقياس بطريقتين:

(أ) الاتساق الداخلي لفقرات مقياس المساندة النفسية والاجتماعية مع الدرجة الكلية للمقياس وذلك عن طريق إيجاد معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة

والدرجة الكلية للمقياس. وقد دلت كل معاملات الارتباط عند مستوى (٠٠٥، ٠.٠١).

(ب) صدق الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس عن طريق إيجاد معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية له. وقد كانت قيمة معامل الارتباط دالة إحصائيا بين كل بعد من أبعاد المقياس والمجموع الكلى لدرجاته،وذلك كالتالي (٠.٠٥ = ٠.٢٧)، (٠.٠١ = ٠.٣٥). مما يدل على صدق المقياس.

الفصل التاسع

التقييم الأكاديمي لذوي الإعاقة البصرية

الفصل التاسع
التقييم الأكاديمي لذوي الإعاقة البصرية

مقدمة

من المتفق عليه تربويا أن جميع الأطفال (مبصرين - مكفوفين) يجب أن يزودوا بخبرات تهيئة، أو استعداد للقراءة وتتحقق هذه الخبرات بوصول الطفل إلى مستوى معين من النمو في النواحي العقلية والجسمية واللغوية والحسية والاجتماعية الانفعالية الأمر الذي يصبح معه الطفل ذو خلفية ثرية بالخبرات المتنوعة والتي تساعده على أن تنمو لديه المفاهيم المهمة لعملية القراءة. ونظرا؛ لأن الأطفال المكفوفين أقل احتكاكا بعناصر البيئة وظروفها عن أقرانهم المبصرين فسيؤدي ذلك إلى قصور في نوع ومدى هذه الخبرات ومن ثم قصورا في المفهوم الحسي لاعتمادهم على وسائل حسية أخرى غير حاسة البصر في الحصول على المعلومات والخبرات كاللمس مثلا والتي تعد وغيرها من الوسائل عقبات أمام سعي المكفوفين للحصول على الخبرات نظرًا؛ لأن معظم عناصر البيئة ومصادر الخبرة لا تكون سهلة الوصول إليها من خلال وسائل المكفوفين غير البصرية كظواهر الطبيعة (برق - مرتفعات - محيطات..) بسبب صعوبة تقديرها تقديرا كليا بواسطة السمع، أو اللمس على سبيل المثال. من هنا فإن هذه الخبرات المفقودة بسبب القصور البصري لا يمكن تعويضها ككل بواسطة وسائل المكفوفين الأخرى هذا من ناحية. وعلى الجانب الآخر نجد أن تكون الخبرات لدى الإنسان تتأثر نتيجة لأحد أسلوبي التعلم (التعلم المقصود، أو المباشر والتعلم العرضي، أو غير المباشر) فيمكن للطلاب المبصرين تعلم الكثير من القيم والمعايير والخبرات المعرفية والأكاديمية بطريق عرضي في موقف من المواقف، أو نشاط من

الأنشطة الصفية، أو اللاصفية كالرحلات والزيارات وهي تكون مصدرا وفيرا للمعلومات التي يتمكن الطفل بواسطتها من تكوين المفاهيم الحسية، وهذا الجانب له أهمية في مرحلة التهيئة، أو الاستعداد للقراءة، ونجد أن الطفل الكفيف محروم من هذا المصدر الحيوي من مصادر الخبرة نظرا لغياب حاسة البصر، ومن الثابت علميا أن التدريب الناجح على المهارات والخبرات في مرحلة التهيئة والاستعداد سوف يكون له تأثير تعزيزي عند البدء في تعلم مهارات القراءة والكتابة.

من هذا المنطلق فإن التفكير في وسيلة تعوض هذا الطفل الكفيف ذلك القصور وتمنحه الفرصة - إلى حد كبير - في تحصيل المعرفة بأنواعها وقد تمثل ذلك في طريقة برايل لنظام ووسيلة القراءة والكتابة والتي تحتاج من هذا الطفل أي مهارات أساسية آلية لنمو التمييز اللمسي ومنها حركات الأصابع واليد وأوضاع صفحة الكتاب المقروء وقلب الصفحة وكلها مهارات تعد من متطلبات التهيئة والاستعدادات.

❑القراءة بطريقة برايل:

وبعد استعراض الأجهزة المساعدة في تعلم القراءة والكتابة للمكفوفين نتناول عملية تعليم القراءة والكتابة للمكفوفين والتي تتم من خلال دراسة الخصائص التربوية للكفيف حيث تتحدد تأثيرات الإعاقة على قدرات الكفيف في ضوء عدد من العوامل من أهمها:

(١) شدة الإعاقة البصرية.

(٢) العمر عند حدوث الإعاقة البصرية.

(٣) الخبرات والفرص المتاحة لنمو الكفيف.

ولعل أكثر تأثيرات الإعاقة البصرية على تعلم الكفيف بصفة عامة هي حرمانه من فرص التعلم العرضي (غير المقصود) الذي يتوفر لأقرانه المبصرين من خلال

المشاهدات اليومية فالكفيف يعتمد على حواسه الأخرى (سمع - لمس - شم) لتطوير المفاهيم، وكما هو معروف فإن هذه الحواس ليست بنفس مستوى الفاعلية لجمع المعلومات كحاسة البصر وتأسيسا على ذلك فإن الإعاقة البصرية تفرض قيودا على طبيعة خبرات الكفيف ومدى هذه الخبرات (قدرة الكفيف على التعامل في البيئة - قدرته على السيطرة على الذات وعلى البيئة)، وهذه القيود تحد من قدرته على تهيئة فرص الملاحظة والخبرة النفسية وتترك أثرا أكيدا على معرفة وإدراك العلاقة القائمة على الشكل والحجم والوضع والأنواع كذلك فهي تتمتع باستخدام التعبيرات الوجهية المناسبة والإيماءات الجسمية الملائمة؛ مما قد يؤثر سلبيًا في النمو.

من هنا كان من الضروري اللجوء إلى الخبرات المباشرة إذ أن اللغة وسيلة مهمة من وسائل الحصول على المعلومات كما أنها تشتق من الخبرات المباشرة؛ لذا فإن من الأهمية توفير الخبرات الحسية المباشرة للأطفال المكفوفين؛ لأن مثل هذه المعلومات تبقى محددة في ظل المعاناة التي تواجه الطفل الكفيف بسبب محدودية قدرته على تأدية المهمات التي تتطلب تفكيرا مجردا وكذلك بطء تطور الإدراك للعلاقات المكانية بسبب عدم قدرته على رؤية المساحات والعلاقات الفراغية بين الأشياء المختلفة في البيئة. ونصل من ذلك إلى نتيجة مؤداها أن الطفل الكفيف بحاجة إلى أن تتوفر له المصادر السمعية المكثفة في التعليم المدرسي؛ لأن معظم الدراسات أثبتت أن حاسة السمع تكون أكثر أهمية للتعليم المدرسي من حاسة البصر وذلك من مقارنة التحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقة البصرية بأقرانهم من المعاقين سمعيا والذي تبين منه تفوق ذوي الإعاقة البصرية على المعاقين سمعيا في هذا الجانب.

نستخلص: مما سبق أن الطفل الكفيف يحتاج إلى خبرات خاصة ووسائل وأدوات خاصة عن القيام بعملية تعليمية كما يتطلب ذلك من القائمين على التعليم مراعاة عددا من الاعتبارات من أهمها:

(١) أن يوجهوا الطفل الكفيف إلى الاهتمام بمهارات العناية بالنفس والتفاعل الاجتماعي اعتمادًا على الحواس الأخرى غير حاسة البصر.

(٢) القيام ببعض التعديلات المنهجية في المحتوى العام للمنهج بحذف غير المناسب مع إمكانات وقدرات الكفيف؛ وإضافة ما يناسب من موضوعات يحتاجها في حياته المهنية الاجتماعية مستقبلا.

(٣) العمل على توفير الأجهزة والأدوات السمعية واللمسية التي تسهل على الكفيف استيعاب، وفهم الموضوعات الدراسية.

(٤) يجب على القائمين على تعليم الكفيف أن يدركوا أنه رغم اشتراك المكفوفين في درجة الكف: إلا أنهم يختلفون في جوانب متعددة منها درجة الذكاء، الخبرات الاجتماعية والأسرية وكذلك المشكلات التي تواجههم؛ لذا يجب مراعاة الفروق الفردية بينهم وأنسب وسيلة للتعامل مع هذه الفروق ومواجهتها هو تصميم خطة تربوية فردية خاصة بكل كفيف بالمدارس العادية، أو مدارس وفصول المكفوفين.

(٥) ضرورة العمل على توفير قدر كبير من الواقعية عند القيام بعملية التعليم بتوفير النماذج والمجسمات التي تعبر عن المفاهيم البصرية التي تتضمنها موضوعات المنهج وهذه النماذج إما أن تكون تصغيرا لبعض المفاهيم البصرية كالجبال والحيوانات الضخمة، أو تكبيرًا لبعض المفاهيم الدقيقة كالحشرات مثلا ولا يتوقف الأمر على تقريب المفهوم البصري إلى ذهن الكفيف ولكن ضرورة أن يصاحب هذا التمثيل توضيحًا تفصيليًا من جانب المعلم للعلاقات، والنسب بين النماذج المعروضة وأصولها الحقيقية.

(٦) من المهم أن تتاح للكفيف فرصة اكتساب الثقة بالنفس، وذلك بتعريضه لممارسة الأنشطة الذاتية قيامه بأداء بعض الخدمات بنفسه واختبار مدى ثقته بها.

(٧) يجب أن تشتمل عملية تعليم الكفيف على عنصر الإثارة والتشويق بتعريضه لبعض الخبرات المباشرة في البيئة. والتي تشعره بأنه جزء من هذه البيئة وأنه يؤثر ويتأثر بها.

(٨) توفير مساحة ليست بالقليلة من الأنشطة البدنية والترويحية في البرنامج التعليمي للكفيف لما لهذه النقطة من دور فاعل في تنمية المهارات البدنية. وتعديل القوام. وزيادة النشاط والحركة. وإدراك العلاقات المكانية. والمساعدة على أداء مهارات التوجه والحركة بفاعلية وبعيدا عن الحذر والخوف.

(٩) العمل على إكساب الكفيف مهارات التفاعل الاجتماعي بالاهتمام بالأنشطة الأدبية. والاجتماعية. والزيارات الميدانية للمؤسسات والمصالح في المجتمع

(١٠) وحتى يكون تعليم الكفيف ذا فاعلية يجب مراعاة الكثافة العددية بالفصل فلا يتعدى عدد طلاب الفصل ثمانية طلاب ليتمكن المعلم من العمل معهم باستخدام الخطة التربوية الفردية. ومراعاة متطلبات واحتياجات كل طالب.

(١١) كما أن للمباني المدرسية دور مهم في عملية التعلم فيجب عند تصميم هذه المباني أن يراعي الحد من العوائق التي يمكن أن تكون في طريق الطالب الكفيف سواء في الممرات. أو داخل الفصول. وأن يكون مستوى ارتفاع النوافذ عاليا بقدر الإمكان خاصة في الطوابق العليا. واستخدام الأبواب الدوارة. وكذلك وضع العلامات الإرشادية اللمسية على الجدران بالارتفاع المناسب لتمكن الكفيف من تلمسها بيديه أثناء تحركه.

وهناك بعض الاعتبارات العامة التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تعليم الطفل الكفيف. ولقد تزايد الاهتمام بفئة المكفوفين اعترافا من المجتمعات الإنسانية بحقهم في الحصول على تربية وتعليم مناسبين وذلك بإتاحة الفرص العديدة. والمتنوعة لتعليمهم القراءة. والكتابة. وتفصيل تحركهم. وقد أصبحت الجهود تبذل من أجل

توفير فرص الاستفادة من أدوات وأجهزة ومعينات تمكن المكفوفين من الوصول إلى كافة العلوم والمعارف التي يصل إليها أقرانهم من المبصرين وقد تطرقنا في الصفحات السابقة لمعظم هذه الأدوات والأجهزة والمعينات: إلا أنه مازالت طريقة برايل في الكتابة والقراءة للمكفوفين وتحتل المربع الذهبي في مجال هذه المعينات لما لها من سعة الانتشار وعالمية في التطبيق وعلى الرغم من ذلك فإنها تتطلب وقتا وجهدا أكبر من القراءة البصرية أي الخاصة بالمبصرين فقراءة برايل بطيئة لأنها قراءة لمسية تستخدم فيها الأصابع بدلا من العين وتستدخل المعلومة عبر المستقبلات الحسية من خلال الجزء العلوي من الأصابع (الأنامل) ثم تتم عملية تركيب للوحدات الإدراكية (خلايا برايل) مع بعضها البعض لإعطاء الكلمة الكلية، أو المعنى الكلي. ويؤدي هذا الأمر إلى التساؤل حول سرعة القراءة بطريقة برايل إلى أن أقصى سرعة للقراءة اللمسية لدى المكفوفين تصل إلى ١٨٠ كلمة/الدقيقة على فرض مؤداه أن القراءة تسير وفقا لإدراك متسلسلا للوحدات الإدراكية مع توفر قدرة الحدس (التنبؤ) لدى الفرد للكلمات قبل الانتهاء من إدراك وحداتها المكونة وكذلك تبعا لمساحة العبارة ومعناها، وهناك دراسات أخرى توصلت إلى أن السرعة الجيدة والمقبولة هي التي تبلغ ١٠٠ كلمة/الدقيقة وفي حقيقة الأمر أن سرعة القراءة اللمسية (برايل) ترتبط بعدد من العوامل التي يجب توافرها لدى الكفيف والتي من أهمها:

(١) توقعات القارئ.

(٢) كم المعلومات التي تم خزنها بعد قراءتها.

(٣) القدرة على استخدام الاختصارات.

(٤) محتوى الموضوع المقروء.

ومعظمها عوامل تعود للفرد الكفيف واستعداداته وامكانياته والمهارات التي تمكن من اكتسابها وتوظيف هذه المهارات، ولزيادة سرعة القراءة بطريقة برايل نجد اتجاهين

أساسين أولهما يهتم بتجسيد عملية التعرف على الوحدة الادراكية (الرمز البارز) والآخر يتضمن تحسين الطريقة وزيادة معدل السرعة وتحريك الأصابع على ورقة برايل المقروءة.

ولزيادة سرعة القراءة بطريقة برايل يوصي ماكبرايد (McBride 1974) بما يلي:

(١) أن يبدأ قارئ برايل بمجموعة كتب سهلة القراءة.

(٢) أن يشجع المعلم الطالب ويبث في نفسه قدرته على زيادة سرعة القراءة

(٣) أن يستخدم الطالب ساعة توقيت أثناء القراءة.

(٤) أن يساعد المعلم الطالب على قراءة صفحة واحدة في زمن محدد وسرعة محددة أيضا مستخدما كلتا يديه ويتحريكهما بالطريقة التي تريحه.

(٥) أن يساعده في توقيت فترة قراءة الصفحة في زمن ما بين ١٥_ ٢٠ ثانية دون التركيز على الاستيعاب.

(٦) أن يطلب المعلم من الطالب تكرار هذا التمرين لمدة يومين ثم يغير وضعية يديه ويحثه على الإسراع في كل مرة.

(٧) يطلب المعلم من الطالب قراءة الصفحة أكثر من مرة وفي اليوم الثالث يطلب منه محاولة فهم الكلمات ويكفي التركيز على ثلاث كلمات في الصفحة.

(٨) أن يطلب المعلم من الطالب إعادة القراءة مرات أخرى ليستطيع فهم المحتوى وهنا سوف يبطئ بعضهم بشكل أفضل.

(٩) أن يراعي المعلم عند بداية حصص القراءة إعطاء تمارين تهيئة تتضمن محاولتين، أو ثلاث للقراءة السريعة لفترة لا تتعدى دقيقة واحدة دون تركيز على الاستيعاب وبعدها يتم التركيز على الاستيعاب.

(١٠) أن يوجه المعلم الطالب إلى تغيير وضعه أثناء القراءة حتى يتكيف بشكل أفضل مع طريقة ما يراها الطالب مناسبة.

(١١) محاولة إضافة الكتب الأكثر صعوبة بالتدريج.

(١٢) أن يتدرب الطالب على التفكير بالفكرة الرئيسية في النص المقروء وتسلسل الأفكار والشخصيات الأساسية والعلاقات بين تلك الشخصيات.

إن التدريب على سرعة القراءة بطريقة برايل ليس هدفا في حد ذاته وإنما هو وسيلة لتحسين استيعاب أكبر كم من المعلومات في أقل وقت ممكن: لذا فإن سرعة القراءة لا تشجع لا تشجع على الاستيعاب العميق للمادة المقروءة ولا تسمح بفهم الأفكار التي يجب فهمها وتكون السرعة مفيدة في قراءة التسلية والقراءة العامة وكذلك زيادة واقعية الطالب الكفيف لاستخدام برايل كوسيلة للقراءة وكنتيجة توظيفه للطرق التي تعلمها، وبمعنى آخر فإن السرعة في القراءة تصبح أمرا غير مطلوب عندما يكون الاهتمام منصبا على موضوع الاستيعاب القرائي كما هو الحال في الاختبارات الرسمية للقراءة فالفرد في هذه الحالة يبحث عن كل التفصيلات خلافا لقراءة التسلية فالفرد يختزل الكلمات غير المهمة في الصفحة خلال مرور أصابعه عليها، وعلى أي الحالات فإن قراءة الفرد بطريقة برايل تتأثر بعدد من المؤثرات فيها ما هو شخصي يختص بالفرد ومنها ما هو بيئي يتعلق بالمؤثرات الخارجية.

عند الممارسة العملية تبدو بعض الصعوبات خاصة بالنسبة للمبتدئين لكنهم سرعان ما يتغلبوا عليها وذلك تبعا لنمو مهاراتهم التي اكتسبوها في استخدام هذه الطريقة ومن أهم هذه الصعوبات:

(١) **تكرار استخدام الرموز:** فيمكن في ظل استخدام مستوى الاختصارات أن تكون هناك خلية واحدة لتعبر عن حرف وكلمة وعلامة في آن واحد.

(٢) **الانعكاس، أو القلب:** بمعنى أن بعض خلايا. أو رموز حرف مثل ض على سبيل المثال وتمثله النقاط ١.٢.٤.٦ يمكن أن تعكس وتقرأ خطأ على أنها حرف ن ا والذي تمثله النقاط ١.٣.٤.٥.

(٣) **التحليل الصوتي:** بمعنى صعوبة التهجي وتقسيم الكلمة إلى مقاطع في ظل الاستعمال والاختصارات.

(٤) **بطء القراءة:** حيث أن الاختصارات تتشابه وتحتاج إلى وقت للتأكد من دلالتها وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن متوسط القراءة باستخدام الاختصارات تصل إلى حوالي (١٠٠) كلمة في الدقيقة وتتوقف سرعة القراءة على عدد من العوامل من أهمها توقعات القارئ العامة بالمحتوى والمهارة في استخدام الاختصارات وغيرها.

(٥) **عدم وجود الصورة الموضحة:** وهذا الأسلوب المتبع في تعليم القراءة للمبتدئين مع المبصرين وهذا بالطبع لا يتوافر في طريقة برايل.

(٦) **التحليل التركيبي:** فبعض الكلمات لها رموز تعني كلمة مفردة وفي حالات أخرى تستخدم جملة مركبة.

العوامل المؤثرة على القراءة بطريقة برايل:

تصنف هذه العوامل إلى نوعين من المؤثرات:

أ- العوامل الشخصية:

وهي العوامل التي تتعلق بالفرد كشخص من حيث قدراته وامكانياته ومن أهمها:

١- **عمر الفرد:**

إن مهارة القراءة اللمسية والاستعداد لها يرتبط إلى حد كبير بالنضج اللمسي للفرد الكفيف ونمو المهارات الحركية الدقيقة خاصة الأصابع: لذا فإننا نجد أن الطفل الكفيف يبدأ بتعلم القراءة عند السابعة تقريبا. أو قبله بقليل ويظهر التحسن

في عملية القراءة بعد سن التاسعة ويمكن للطفل الكفيف أن يسيطر على ميكانيكية القراءة عندما يكون عمره في الحادية عشرة تقريبًا كما تتوفر لديه القدرة على استخدام برايل كوسيلة للتعلم. وإذا ما تأخر الطفل الكفيف في إظهار الكفاءة المطلوبة للقراءة عند سن الثانية عشرة فإنه يحتاج إلى تطوير مزيد من مهارات القراءة وما يتصل بها من مهارات لها علاقة بالاستعداد القرائي.

٢- معدل ذكاء الفرد:

يعد الذكاء من أهم العوامل المؤثرة على الأداء القرائي للطفل الكفيف حيث يحتاج إلى معدل عادي على الأقل من الذكاء للقيام بالقراءة بطريقة برايل نظرًا لتأثر القراءة بتوقعات الفرد وكيفية فهمه للكلمات المقروءة وإنشاء شبكة علاقات بين أفكار النص المقروء.

٣- إدراك الفرد اللمسي:

هناك حاجة إلى تطوير مهارات التمييز اللمسي وكذلك التعرف الحسي على الأشكال، وتمييز درجة الخشونة، والحجم إذ أنها متطلبات لتهيئة الفرد للقراءة المقبولة وذلك لوجود علاقة قوية بين القدرة على تمييز الأشياء عن طريق اللمس، والقدرة على قراءة برايل.

٤- قدرة الفرد اللغوية:

من المعلوم أن اللغة تعد من أولى المؤثرات على التحصيل القرائي: فكلما كانت لغة الفرد متطورة، كلما كان مستواه القرائي أفضل، وكذلك تحصيل القراءة وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الإيحاءات في السياق كالقواعد، ونهايات بعض الكلمات والأسطر بتسلسل الحروف يساعد في عملية القراءة، كما أن قدرة الفرد على استغلال

هذه الإيحاءات تتأثر بقدرته اللغوية، ومن الجدير بالذكر أن القدرة اللغوية للطفل الكفيف يمكن أن تكون محدودة في مرحلة الطفولة مقارنة بأقرانهم من المبصرين: إلا أن النمو اللغوي لديه يتطور كالآخرين ولكن بمزيد من الوقت ومن أجل هذا فقد تتأثر قدرة الطفل الكفيف على تعلم القراءة بطريقة برايل في مرحلة الطفولة وخاصة عند البدء في تعليمه القراءة ولكنه سرعان ما تتطور لديه هذه القدرة بمرور الوقت وبزيادة نموه.

ب- العوامل البيئية:

وتعني العوامل والمؤثرات الخارجية التي تحيط بالفرد ومن أهمها:

١- طريقة التدريس:

وتختلف طريقة التدريس تبعا للهدف من القراءة ففي حالة القراءة الآلية سيكون الهدف هو إكساب الفرد مهارة الإسراع في القراءة وهنا سوف يتيح المعلم الطريقة المحققة لهذا الهدف أما في القراءة الاستيعابية فقد تتغير الطريقة وكذلك في حالة القراءة الصامتة وعلى كل فيجب أن تتفق طريقة التدريس مع العوامل الشخصية المتعلقة بالفرد والسبق ذكرها كقدرته اللغوية ومعدل ذكائه ومستواه التعليمي وهكذا: إلا أن أهم ما يجب أن يوجه المعلم اهتمامه إليه هو الالتزام بالطريقة التي يستخدم فيها الطالب أصابعه للقراءة وخاصة استخدام أصابع كلتا يديه مع التركيز على إدراك الوحدات والرموز (التقاط البارزة) بالسبابتين؛ لأن استخدام أصابع يد واحدة يؤدي إلى الضغط الشديد على التقاط وربما ارتباك القارئ ومن ثم تقليل فاعلية القراءة.

٢- إكساب الفرد مهارة تمييز وحدات برايل:

من الثابت أن الطفل الكفيف كفًا ولاديًا يتدرب على استخدام حاسة اللمس للتمييز الدقيق منذ وقت مبكر من حياته؛ لذا فإنه يكتسب مهارة التمييز باللمس

لوحدات برايل الإدراكية (النقاط البارزة) بسهولة ويجيد القراءة بصورة أفضل أما الطفل الذي يفقد بصره بعد ذلك فإن إدراكه اللمسي يكون ضعيفا وينمو بصورة بطيئة وتكون درجة إجادته للقراءة اللمسية منخفضة بشكل واضح.

٣- تعقيدات نظام برايل:

إن استخدام المعلم لتعقيدات كثيرة في اختبارات برايل يؤدي إلى ظهور عقبات تحول دون تطور قدرات الطفل القرائية وربما تؤدي إلى عزوف الطفل عن القراءة بطريقة برايل بعد أن يفشل في اكتساب مهارة القراءة بها.

٤- التدعيم:

من العوامل المهمة والمؤثرة تأثيرا واضحا في تعلم القراءة بطريقة برايل إذ أن الطفل قد يصاب بالفشل في اكتساب مهارة القراءة بطريقة برايل - كما سبق الإشارة إلى ذلك - لأنه يراها ضعيفة ولا يمكنه الاستمرار في تعلمها وهنا تبدو أهمية التدعيم والتعزيز والتشجيع الذي يلعب دورا إيجابيا في دفع الفرد إلى الاستمرار في القراءة بهذه الطريقة حتى يتجاوز العقبات التي تعترض طريقه ومن ثم يشعر بالراحة والنجاح في تعلمها والاستمرار في عملية القراءة لزيادة فاعليتها.

٥- استعداد الفرد للقراءة بالبرايل:

إن توفر الاستعداد للتعلم لدى الفرد شرط أساسي لعملية التعلم الناجحة إذ أن افتقاد الفرد إلى الاستعداد الكافي للتعلم يؤدي به إما إلى الفشل فشلاً كاملاً في عملية التعلم، أو أن يكون تعلمه بطيئا وغير فعال: فالطفل الذي يرغم على أن يتعلم قبل أن يكون لديه الاستعداد للتعلم سيواجه غالبا الإخفاق والفشل، وفي ذلك تثبيط للدافعية، أو على الأقل قد يطور الطفل عادات دراسية غير مناسبة لا تؤدي إلى النتيجة المرتجاة.

إن الهدف الأساسي من التعرف على استعداد الطفل للتعلم هو تقديم المعلومات الضرورية للمعلم، أو المربين ذوي الإعاقة عن فاعلية الطفل للاستفادة من الخبرات التعليمية المقدمة: لذا كان من الضروري التعرف على استعداد الطفل للقراءة.

ويمر الطفل عادة بمراحل تطورية متتابعة في القراءة وتسير هذه المراحل وفق التتابع التالي:

أ- تطور الاستعداد للقراءة:

وتبدأ المرحلة الأولى من القراءة بتطوير الاستعدادات الأساسية منذ الولادة وحتى بداية تعلم الطفل للقراءة وتشتمل هذه المرحلة تطور مظاهر اللغة: مثل: الاستماع، والكلام، والتمييز السمعي، والانتباه، والتركيز على النشاطات. ومن هنا تبدو أهمية دور الروضة وهناك بعض التدريبات الخاصة والتي من شأنها تنمية الاستماع الجيد لدى الطفل الكفيف وهي:

١- تنمية مهارة تحديد طبيعة الأصوات:

وذلك عن طريق تعريض الطفل الكفيف لأنواع مختلفة من الأصوات المنتشرة في البيئة: مثل: أصوات السيارات، الآلات، الطيور، الحيوانات، صوت الماء... وغيرها.

٢- تنمية مهارة تمييز الأصوات:

ويتم ذلك بتقديم خليط من الأصوات وتدريب الطفل الكفيف على أن يميز بينها مثل:

- خليط من أصوات منبعثة في وقت واحد كصوت إنسان، حيوان، آلة، طير ويطلب من الكفيف أن يميز بين هذه الأصوات وذلك بأن يقول استمعت إلى صوت إنسان، حيوان، طير..الخ .
- خليط من أصوات لبعض الأفراد الذين يعرفهم الكفيف كصوت علي ومحمد وأحمد وإبراهيم ويطلب منه أن يميز هذه الأصوات بأن يقول استمعت إلى صوت فلان، فلان، فلان..الخ .

- ❑ خليط من أصوات الآلات والأجهزة والمعدات كصوت آلة موسيقية، سيارة، جرار، طائرة، ماكينة، دراجة بخارية ويطلب منه أن يميز هذه الأصوات بأن يقول (استمعت إلى صوت كذا، كذا..الخ).

٣- تنمية مهارة تحديد اتجاه الصوت:

وذلك عن طريق تقديم مثيرات صوتية من اتجاهات مختلفة ويدرب الكفيف على تحديد الاتجاه الذي يصدر منه الصوت ويجب قبل التدريب على هذه المهارة أن يتعلم الكفيف المفاهيم المكانية أعلى - أسفل - تحت - فوق - شمال - يمين - شرق - غرب.. وأن يتدرب على كيفية تحديدها.

٤- تنمية مهارة تحديد المسافة التي يصدر منها الصوت:

وذلك بتعريض الكفيف لمثيرات سمعية تصدر من مسافات مختلفة وتدريبه على التمييز تبعا لدرجة بعدها عنه فيقول مثلا (صوت علي أقرب إلي من صوت ماجد، وصوت إبراهيم أبعد من صوت ماجد وهكذا، وفي مرحلة متقدمة يمكن أن يدرب على تحديد البعد المكاني للصوت كما يتم تنمية مهارة تحديد المسافة التي يصدر منها الصوت أيضا عن طريق تمييز صدى الصوت (صدى أصوات السيارات، أصوات المارة في الشارع) وكذلك عن طريق تحديد العوائق (المباني، أو الجدران، أو الأعمدة ، أو الأماكن المتسعة، أو المفتوحة، الأماكن الضيقة والمغلقة) وتتحسن قدرة الطفل الكفيف على الاستيعاب السمعي إذا توفرت بعض الظروف مثل:

- إتاحة الفرص الكافية له للتعبير عن نفسه.
- توفير المناخ المناسب الذي يشعر فيه بالأمن والطمأنينة.
- تقليل المشتتات السمعية إلى أقصى حد ممكن.
- ملاءمة المادة المقدمة له.

وهناك مستويات ثلاثة لتطوير مهارات الاستماع لدى الكفيف وهي:

الأول: تحليل المثيرات السمعية:

وكما سبق الإشارة إلى ذلك حيث يستطيع الانتباه إلى ما يقال له ويدركه ويحلله ويميز به الأصوات ويحدد مصدرها ويربط بين الأشياء وأصواتها.

الثاني: تنظيم المعلومات السمعية:

وهي من المهارات العامة وتشمل فهم معنى دمج الأصوات وممارسة الطفل لذلك الدمج عن طريق دمج أصوات الحروف لتكوين منها كلمات، أو كذلك الكلمات ليكون منها جملا، وكذلك فهم معنى التذكر السمعي وممارسة الطفل لذلك بتذكره؛ مما يسمعه حسب الترتيب الذي سمعه كالحروف والأرقام والأيام والشهور وكذلك فهم معنى التعرف على الحلقات المفقودة والتي تعني ذكر الحروف الناقصة.

الثالث: استيعاب اللغة الرمزية:

أي قدرة الطفل الكفيف على فهم اللغة اللفظية واستيعاب الأفكار والمفاهيم التي تنقلها وتشمل الاستقبال السمعي ثم ربط الكلمات ببعضها بشكل منطقي ليحدث الترابط السمعي ثم تطوير المهارة السمعية بعد أن يتم الاستيعاب السمعي وجميعها يؤدي إلى استيعاب اللغة الرمزية للطفل الكفيف لبناء الاستعدادات القرائية العامة إضافة إلى التعديل الخاص الذي يفرضه وضع الطفل في سنين ما قبل المدرسة حيث يتفاعل المعلم مع عملية القراءة على أنها جزء أساسي مكمل للمهارات اللغوية كالاستماع، أو الكلام والكتابة والقراءة.

فكل جانب من هذه الجوانب لا يمكن العمل على تنميته وتطويره دون الاهتمام بشمولية ودعم وتقوية الجانب الأخرى، فمن ناحية الاستماع يجب التوكيد على الممارسات التالية:

(١) الإصغاء والاهتمام بالمثيرات السمعية.

(٢) التأكيد من وجود الصوت، أو عدمه.

(٣) تحديد مصدر الصوت.

(٤) تمييز الاختلاف بين الأصوات.

(٥) تمييز الشكل عن الخلفية بالنسبة للأصوات.

(٦) ربط الأصوات بمصادرها.

ولتعليم الطفل على هذه الممارسات يمكن الاستعانة بما يلي:

(١) البدء بأصوات واضحة يبدو الفرق بين وجودها وعدم وجودها ملحوظا

(٢) استخدام الآلات الموسيقية والأواني.

(٣) إدارة رأس الطفل باتجاه مصدر الصوت.

(٤) البدء بتقديم أصوات مألوفة.

(٥) الانتقال من تمييز الاختلافات البسيطة إلى الاختلافات الكبيرة.

(٦) إعادة تكرار الجمل.

(٧) إعادة وتكرار الإيقاعات الموسيقية.

(٨) استخدام المسجل لإعادة الأصوات.

(٩) التدريب على حفظ واسترجاع الأغاني والقصص.

(١٠) التدريب على تصنيف الأشياء بعد التدريب على تعلم أسمائها.

(١١) التدريب على بناء مفاهيم التشابه والاختلاف للمثيرات السمعية.

(١٢) التدريب على معرفة الفكرة الرئيسية في النصوص المسموعة.

(١٣) التنبؤ بمواقع النقص السمعية في المسجل والنصوص والقصص.

(١٤) ملء الفراغات في الجمل المتقدمة شفويا.

(١٥) الاستماع وإعادة الجمل الصحيحة.

(١٦) التدريب على استخدام صيغ مختلفة من الجمل ليصبح استعمالها تلقائيا.

ب- المرحلة الأولية لتعليم القراءة:

ويستخدم المعلمون طرقا كثيرة لذلك حتى يشجعوا الطفل على أن يقبل على القراءة برغبة دون خوف. أو تراجع ومن هذه الطرق:

(١) البدء بتعليم أصوات الحروف.

(٢) مقارنة الصوت بالرموز اللمسية.

(٣) متابعة سطور برايل من اليسار إلى اليمين.

(٤) تقليب صفحات الكتاب.

(٥) تمييز أعلى الصفحة من أسفلها ويمينها عن يسارها.

(٦) الالتزام بلغة واضحة مع الطفل.

(٧) ربط رموز وكلمات برايل بمحسوسات توضيحية.

(٨) قراءة رموز. أو كلمات برايل.

ج- مرحلة النمو السريع لمهارة القراءة:

وهي تحدث غالبا في مرحلة متقدمة من عمر الطفل الكفيف ويقصد بها الإسراع. أو تسريع القراءة والتي تحدث في الصف الثاني والثالث والرابع الابتدائي وعندها يطور الطفل الكفيف مهارات القراءة السليمة وهناك عدة اعتبارات يجب أن تراعى في هذه المرحلة لضمان تطوير الطفل الكفيف لمهارات القراءة السليمة ومن أهمها:

(١) ضرورة تدريب الطفل على استخدام اليدين للقراءة.

(٢) يجب المحافظة على دفء اليدين عند القراءة وإذا كان الجو باردا يفضل القيام بتمارين خاصة لتنشيط اليدين والحفاظ على دفئها.

(٣) عندما يصل القارئ إلى منتصف السطر تستمر يده اليمنى بالقراءة حتى نهاية السطر بينما تتراجع يده اليسرى إلى الجهة اليسرى وتنخفض لتحديد بداية السطر التالي.

(٤) وضع يدي الطفل القارئ عند بداية السطر من الجهة اليسرى.

(٥) يحرك الطفل يديه على السطر نحو الجهة اليمنى.

(٦) عند انتهاء اليد اليمنى من قراءة السطر الأول تتجه إلى مكان اليد اليسرى في بداية السطر التالي وفي هذه الأثناء تكون اليد اليسرى قد تمكنت من إدراك المكتوب في بداية السطر التالي.

(٧) تستمر اليدان معا في قراءة السطر التالي حتى منتصفه ثم تعود اليسرى إلى الجهة اليسرى لتحديد بداية السطر التالي وهكذا تكون حركة القراءة والالتزام بهذه الطريقة يساعد القارئ على التعرف على كل سطر لأنه في بعض الأحيان قد ينتهي السطر في منتصفه فإذا لم تستخدم اليد اليسرى لتحديد بداية كل سطر قد يؤدي ذلك إلى تعويق عملية القراءة وخاصة في بداية تعلم القراءة.

(٨) يجب وضع الكتاب في وضع أفقي أثناء القراءة على سطح مواز لسطح الأرض كالطاولة، أو المكتب ولا يفضل رفع الكتاب، أو وضعه مائلا.

(٩) ضرورة تعويد القارئ خاصة - في بداية التدريب - على تحريك الأصابع حركة مستقيمة قدر المستطاع إذ أن الحركات غير المنتظمة تعرقل عملية التعرف على الرموز وتقلل من سرعة القراءة.

(١٠) أن يتعود القارئ على الاسترخاء عند القراءة والجلوس بشكل مريح وأن يكون ساعداه موازيان لسطح الطاولة.

(١١) ضرورة تدريب الطفل الكفيف على أن تصنع رؤوس أصابعه على رموز برايل زاوية حادة بقدر الإمكان.

(١٢) يجب الاهتمام والتركيز على إدراك الرموز خاصة في بداية التدريب ويفضل في هذه المرحلة تقديم المعلومات بطريقة سمعية ويمكن أن يقوم الوصف السمعي قبل تدريب الطفل على التعرف على رموز برايل، أو أثناء التدريب، أو بعده ويلاحظ أن

الطفل في بداية التدريب يمكن أن يتعرض للتعب السريع: لذا يفضل تدريبه على بعض النشاطات الخاصة بزيادة القدرة على التحمل مثل استخدام المخرز لتخريم الورق وخاصة الورق من النوع المقوي كالكرتون. أو استخدام كسارة البندق لتكوير الكرات فص الورق المقوي إلى قطع صغيرة، أو تصنيف الأشياء الصغيرة. أو مختلفة الحجم كالخرز. أو الحصى. أو بعض الحبوب.

د- مرحلة القراءة المتقدمة:

تزداد فعالية القراءة بزيادة الممارسة المتاحة للطفل الكفيف حتى نهاية المرحلة الابتدائية حيث يكون قد عم أصوات الحروف في السياق اللغوي وبنهاية الصف السادس الابتدائي يكون قد تمكن من أساسيات تطوير القراءة مستقبلا وفي صفوف المرحلة المتوسطة يتم التأكيد على القراءة المكثفة والدسمة حيث يبدأ الطالب الكفيف الاستمتاع بالقراءة وهنا تعزز قراءة القصص والكتب المختلفة وفي هذه المرحلة من مراحل القراءة وهي المرحلة المتقدمة يطور الطالب مزيدا من مهارات الاستيعاب المتقدمة ويقوم بتعديل طرقه في القراءة وينوع فيها بل ويدخل عليها مهارات عليا ومن ثم تزداد نسبة القراءة وتتنوع أغراضها.

أهداف تعليم القراءة بطريقة برايل:

وتنقسم إلى أهداف عامة وأهداف خاصة..

أ- الأهداف العامة وتشمل:

(١) أن يكتسب الطفل الكفيف المهارات الحركية الدقيقة التي تمكنه من إجراء عملية التمييز الحسي.

(٢) أن يتعلم استخدام قاموس برايل.

(٣) أن يكتسب مهارات استخدام اليدين وحركاتها.

(٤) أن يتفهم الأوضاع الجسمية الصحيحة التي تسهل عليه عملية تعلم القراءة بالبرايل

(٥) أن يتعلم الاختصارات التي تمكنه من القراءة بالسرعة المناسبة.

ب- الأهداف الخاصة:

(١) أن يجيد الطفل الكفيف يمين ويسار اللوحة المجسمة.

(٢) أن يحدد عن طريق اللمس الأشكال المختلفة والمتشابهة وأن يعبر عنها لفظيا.

(٣) أن يكون لديه القدرة على التعرف على ثلاثة سطور من النقاط البارزة والمختلفة من حيث الطول.

(٤) أن يكتسب القدرة على التعرف على الكلمة ومختصرها.

(٥) أن تكون لديه القدرة على استخدام المختصرات في القراءة.

(٦) أن يتمكن من تحديد مختصر معين وتمييزه عن باقي المختصرات في الجملة الواحدة.

أهم المبادئ المتبعة عند تعليم القراءة بطريقة برايل:

(١) يجب تحديد الكلمات المراد تعليمها وتحديد صفاتها المتشابهة من حيث عدد النقاط البارزة ومواقعها في خلية برايل.

(٢) أن تقدم الكلمة المراد تعليمها ضمن مجموعة من الكلمات ويطلب من القارئ التعرف على الكلمة عن طريق اللمس وتحديدها ثم قراءتها.

(٣) أن يتدرب القارئ على قراءة الجمل والعبارات التي تحتوي على الكلمة المراد تعليمها.

(٤) أن يكلف القارئ بكتابة الجمل والعبارات التي تحتوي على الكلمة عن طريق النقاط البارزة.

(٥) ضرورة تكرار الخطوات السابقة مع كل كلمة جديدة.

(٦) في حالة تعليم كلمات مختصرة، أو حروف مختصرة داخل كلمات يجب أن تتم الخطوات التالية:

- تحدد الكلمات التي تحتوي على اختصارات وتوضيح النقاط البارزة بشكل غير مختصر للحروف.
- أن يتعرف الكفيف على المختصرات من خلال تقديمها في سطور مختلفة الكلمات ثم يقرأها.
- أن تستخدم المختصرات لإنتاج عدد من الكلمات المحتوية على نفس الحروف المختصرة ثم يقرأها.
- أن يقرأ الكفيف الجمل والعبارات المختلفة والتي تحتوي على المختصرات التي تم التدرب عليها قبل ذلك.
- أن يكتب العبارات والجمل المحتوية في تراكيبها على الكلمات المختصرة والتي تعلمها سابقا.

مثال تطبيقي لتعليم القراءة بطريقة برايل:

الهدف من المثال: أن يتدرب الطفل الكفيف على مهارات اللمس اليدوي للقراءة بطريقة برايل.

ويتحقق هذا الهدف من خلال الخطوات التالية:

(أ) تناول كتاب وتقليب صفحاته بالفتح والغلق:

الطريقة:

(١) إعداد كتاب صفحاته من القماش المثبت بها بعض الأشياء واللعب الصغيرة البارزة كمجسم لطائر صغير - مقص - لعبة مجسمة على شكل سيارة

صغيرة، أو عروسه (ويصنع الكتاب من القماش لسهولة الإمساك به وتقليب صفحاته وتحمله للأشياء المثبتة عليه) ويقوم الطفل الكفيف بتقليب صفحات الكتاب والتعرف على هذه الأشياء وذكر أسمائها وتدريبه على معرفتها إذا لم يتعرف عليها وتكرار ذلك.

(٢) إعداد كتاب ذي صفحات مختلفة الطول بحيث تكون أول صفحة قصيرة ثم الصفحة التي تليها أطول ثم أطول وهكذا ومكتوب عليها كتابة بالنقط البارزة (برايل) وفوق هذه الكتابة رسمها بالخط العادي، أو بالكتابة العادية (وذلك ليتمكن أحد الأشخاص المبصرين المرافقين للكفيف من قراءتها له، أو قراءتها معه وكذلك لمعرفة ما إذا كان الطفل الكفيف يقرأ صحيحا أم لا).

(٣) إعداد كتاب به خطوط بارزة مختلفة الأطوال والأشكال كالمستقيمات والخطوط المتكسرة والمنحنية والأشكال غير المنتظمة وغيرها) ليتعرف عليها الكفيف باللمس والتمييز بين هذه الأشكال والتدريب على ذلك.

(ب) التمييز اللمس لدى الطفل الكفيف بواسطة لمسه لصفحات مرسوم عليها أشكالا هندسية مختلفة وأشكالا ذات زوايا بارزة:

الطريقة: يقوم الطفل الكفيف بعمل الآتي:

(١) تحديد أشكالا بارزة على صفحة ثم التعرف على الأشكال الكبيرة والأشكال الصغيرة.

(٢) تحديد عدد الأشكال البارزة على الصفحة (كبيرة وصغيرة).

(٣) تمييز شكل هندسي مختلف في مجموعة أشكال هندسية متشابهة بارزة، أو ذات ملمس خشن.

(٤) تمييز شكلين هندسيين متشابهين في مجموعة من الأشكال الهندسية المختلفة والبارزة، أو ذات الملمس الخشن.

(ج) تمييز خلايا برايل البارزة:

الطريقة:

(١) يتتبع الطفل الكفيف خطوط بارزة من اليسار إلى اليمين مرسومة على صفحة ومصنوعة من الخيط المصمغ الملصوق على الصفحة.

(٢) المقارنة بين خطوط بارزة مختلفة الأطوال.

(٣) التعرف على تغيرات محددة في بعض الخطوط كأن يتقطع الخط ثم يتصل مرة أخرى، أو يعلو مرة وينخفض مرة أخرى وهكذا.

(٤) التمييز بين الشكل المخالف من بين سلسلة من الأشكال المتشابهة باستخدام خلايا برايل البارزة.

(٥) التمييز بين شكلين متشابهين من بين سلسلة من الأشكال المختلفة باستخدام خلايا برايل البارزة.

(٦) التمييز بين مجموعتين من الأشكال المختلفة والمكتوبة بطريقة برايل.

(٧) التمييز بين نقاط خلية برايل والتعرف على عددها (٦) نقاط بارزة وكذلك ترتيبها من اليسار في عمودين الأيسر (١،٢،٣) والأيمن (٤،٥،٦).

(د) التقويم:

باختبار القدرة اللمسية ومدى اكتساب الطفل الكفيف لمهارات اللمس اليدوي وذلك باختباره بعدد من التمارين السابقة بشكل متنوع ومختلف وبطرق متعددة.

وكما سبق الإشارة إلى أن معلم الطفل الكفيف يتعامل مع عملية القراءة كجزء أساسي ومكمل للمهارات اللغوية والتي تشمل الاستماع والكلام والكتابة والقراءة فلا يتناول عملية القراءة بطريقة برايل متجاهلا الاستماع، أو الكلام، أو الكتابة ولكنه يعمل على تنمية وتطوير كل جانب من هذه الجوانب الشمولية ودعم

وتقوية لباقي هذه الجوانب في نفس الوقت وقد تناولنا في صفحات سابقة لمهارة الاستماع وكيفية تنميتها والممارسات التي تؤدي إلى تنميتها ودعمها:

أما عن الكلام فيجب أن ينتبه المعلم تماما وبشكل دقيق إلى نمط الكلام الذي يتكلم به الطفل الكفيف ليتأكد من أن كلام الطفل لا يتصف بظاهرة اللاواقعية اللفظية أي الكلام دون إدراك المعنى فيجب: إلا يقتصر المعلم على إعادة استجابات الطفل بكلام الآخرين بل يجب إتباع طرق لغوية تثري المعنى إذ أن ذلك يعد توافقا للطفل كما أنه مهم في عملية فهمه لتركيب الجمل وتنظيمها من أجل ذلك فإن الطفل الكفيف يحتاج إلى تواصل حقيقي مع بيئته التي يعيش فيها ومع كل من حوله وذلك لإكسابه الخبرات اللغوية الكافية والمعقدة والمفهومة في ذات الوقت.

ولضمان تدارك هذا الهدف وتحقيقه يجب تدريب الطفل الكفيف على عدد من الأنشطة التعليمية كأن يطلب المعلم من الطفل وضع الكلمات الجديدة التي تعلمها خلال البرنامج في جمل مفيدة وذلك بعد أن يكون قد فهم معناها وتكرر مثل هذه الأنشطة مع باقي الأطفال وتتنوع وذلك لزيادة روح المنافسة العلمية فيما بينهم ولزيادة قدراتهم الكلامية..وأما الكتابة فسنتناولها بالإيضاح في موضع لاحق عندما يفرد لها جزء خاص بها.

ومن الجدير بالذكر أن عملية القراءة بطريقة برايل كانت الموضوع الرئيسي للعديد من البحوث والدراسات التي تناولتها من زوايا وأبعاد متعددة يمكن تحديدها في الأبعاد التالية:

- تحديد الطرق الأكثر فاعلية في التعلم بطريقة برايل.
- تحديد اليد والأصابع الأكثر فاعلية في القراءة بطريقة برايل.
- الوصول إلى أفضل الطرق المؤدية إلى زيادة سرعة القراءة بطريقة برايل.
- أهم الاختصارات المستخدمة في القراءة بطريقة برايل ومشكلاتها.

٦-التعرف على أفضل الطرق المؤدية إلى تحسين القراءة الاستيعابية بطريقة برايل.

وقد تعددت الاتجاهات والآراء المتعلقة بتعليم القراءة بطريقة برايل وكان من أهمها ثلاثة اتجاهات وهي:

(١) الاتجاه التحليلي مقابل الاتجاه التجريبي.

(٢) اتجاه التهجي لرموز برايل.

(٣) الاتجاه الخاص بدرجة البناء في مواد القراءة.

وعلى الرغم من قدرة البحوث في مجال برايل: إلا أن الاهتمام في البحوث المتوفرة كان منصبا على الاتجاه التحليلي مقابل الاتجاه التركيبي للقراءة بطريقة برايل حيث تلاحظ منذ أوائل القرن الماضي أن الأطفال المكفوفين يفضلون نظام الكلمة الكلية عند تعليمهم بطريقة برايل. هذا وقد برزت ثلاث طرق أساسية يستخدمها المعلمون في تعليم الأطفال القراءة بطريقة برايل وهي:

تعليم الحروف - تعليم الكلمة - تعليم الكلمة والحرف معا.

في ستينات القرن الماضي أصدر لوينفيلد وزملائه (Lowenfeld.et.al 1969) كتابا كان عنوانه تعليم القراءة للأطفال المكفوفين. ودار الكتاب حول دراسة قام بها هو وزملائه تهدف إلى إعطاء وصف لأحوال القراءة وطرق تعليم القراءة المتبعة في المدارس العادية والداخلية. وكذلك اهتمت الدراسة بمعرفة السلوك المناسب والسلوك غير المناسب للقارئ وعلاقته بالتحصيل في القراءة. وقد توصلت الدراسة إلى أن معظم المعلمين يستخدمون الكلمة الكلية لتعليم الأطفال المبتدئين وقليل منهم يتبع طريقة الحرف في تعليم القراءة بطريقة برايل.

وفي دراسة لهارلي وآخرين (Harley.et.al 1979) حول الخصائص الإدراكية (النقاط البارزة) للقراءة بالبرايل والعوامل المؤثرة على التعرف على الكلمة المكتوبة بطريقة برايل والتي أجراها هو وآخرون على عينة من المكفوفين قوامها ٥٣ فردا تبين أن

عدد النقاط البارزة له علاقة قوية بمدى التعرف على الخصائص الإدراكية بطريقة برايل، فالخصائص الأكثر تعرفا وقراءة هي التي تحمل نقاطا بارزة قليلة أي كلما كانت الخصائص الإدراكية (النقاط البارزة) قليلة كلما تعرف الفرد بسهولة على الكلمة المقروءة وكذلك فالكلمات المختصرة تقرأ في وقت أقل وبأقل عدد من الأخطاء؛ مما لو كانت مكتوبة بطريقة التهجي الكاملة. بينما تبين أن الكلمات المختصرة جزئيا تقرأ في وقت أقل؛ إلا أن فرص الخطأ فيها أكثر؛ مما لو كانت مكتوبة بطريقة التهجي الكاملة (أي حرفًا حرفًا) وقد استخدم هارلي في هذه الدراسة استبيانه نحو الخصائص الإدراكية بطريقة برايل وحسب الوقت المستغرق في التعرف على الكلمة وكذلك عدد الأخطاء لدى أفراد العينة.

وحول عدد النقاط البارزة (الخصائص الإدراكية) بطريقة برايل وتوزيعها خلال مجموعة الخصائص ووضع هذه النقاط وتكرار حدوثها قام نولان وكيديرز (Nolan,Kederis,1969) بإجراء دراسة لتحديد العوامل الإدراكية المتعلقة بالتعرف على كلمة برايل وقد تبين لها أن الزمن المستغرق في التعرف على خاصية برايل (النقاط البارزة) له علاقة بعدد التقاط البارزة وتوزيعها من خلال مجموعة الخصائص ووضعية النقاط وتكرار حدوثها. وقد قاما بعملية تحليل لبعض عمليات القراءة وتبين لها أن الأخطاء الأكثر تكرارا هي نسيان النقاط وخاصة النقاط ٣ أو٤ أوه في الخواص التي تحتوي على هذه النقاط وقد أرجعا السبب إلى التوقع الذي يتبناه القارئ إذا كان غير متأكد من الخاصية. فمثلا لخاصية الحرف (ق) نقاط وهي كما في الخاصية ١،٢،٣،٤،٥ فإذا كان القارئ غير متأكد من الخاصية فقد يتوقع أنها الحرف (ف) والتي تكتب بالنقاط ١،٤،٢، أو الحرف (م) والتي تكتب بالنقاط ١،٣،٤، أو الحرف (ل) والتي تكتب بالنقاط ١،٢،٣ أما بالنسبة لأثر وضعية النقاط داخل الخلية - أي مكان النقاط داخل خلية برايل - فإن النقاط الموجودة أعلى الخلية في الجهة اليسرى فيها مثل

النقطة (١)، أو (أ) يمكن التعرف عليها بسهولة وقبل الانتهاء من لمسها كاملا: لأن الفرد دائما يبدأ القراءة من هذا المكان فلديه معرفة سريعة وكاملة بها، كما أن تكرار حدوث النقاط خلال مجموعة الخصائص يلعب دورا في التعرف على الكلمات بطريقة برايل إضافة إلى أن الوقت المستغرق للتعرف على الكلمة يكون أطول من مجموع الأوقات التي يستغرقها القارئ في التعرف على الخصائص الفردية المكونة للكلمة بطريقة برايل فيزداد الوقف على الكلمات خاصة إذا كانت غير مألوفة وقد قدم نولان وكيديرز بعض التوصيات في نهاية دراستهما كان من أهمها:

- التركيز على معرفة الخصائص الادراكية بطريقة برايل (النقاط البارزة) وخاصة في المراحل الأولى لتعليم القراءة.
- تصميم بعض القراءات السهلة غير الغامضة للمبتدئين والتي ترتبط بخبرات القارئ.
- استخدام عملية الضغط التاثب أثناء عملية اللمس للتعرف على الخاصية.
- مساعدة القارئ بوسائل سمعية مساندة حتى يحصل على المعلومات.
- الاهتمام بتطوير الإدراك اللمسي بتدريب الطفل على تمرينات وأنشطة خاصة وذلك في مرحلة ما قبل المدرسة وسنوات الدراسة الأولى.

إضافة إلى ذلك فإن القارئ الجيد هو الذي يركز على السبابة اليسرى من بداية السطر إلى منتصفه وبعد ذلك يكمل القراءة باستخدام السبابة اليمنى بينما تتراجع يده اليسرى إلى بداية السطر التالي للتعرف عليه وليتهيأ بعد إتمامه قراءة السطر السابق لمتابعة القراءة عندما تتلاقى يداه معا في بداية السطر الجديد وهذا يعني أن اليد اليسرى تعمل كدليل لليد اليمنى.

وقد أجرى كوساجيما(Kusajima,1974) دراسة بعنوان القراءة البصرية والقراءة بالبرايل وتبين له أن خصائص برايل (النقاط البارزة) يكون استيعابها من

خلال حركة الأصابع حيث أن القارئ الجيد يستوعب الحروف كمجموعات تكون كلمات وجمل كما هو الحال في القراءة البصرية العادية وتأسيسا على النظرية الكلية (الجشطالت) فإن حركة الأصابع لأعلى ولأسفل تشير إلى الضغط الحقيقي الثابت يشير إلى استيعاب الكلمات ككل وعليه فإن القارئ الجيد يدرك الكلمات والجمل القصيرة بينما القارئ الضعيف يدرك كل خاصية بمفردها (حرفا حرفا).

ويرى كوساجيما أن القراءة البصرية والقراءة بطريقة برايل (اللمسية) متشابهتان في بعض الجوانب مثل:

التوقف في القراءة البصرية مشابه لحركة الأصابع في قراءة برايل ولكن الوحدة الإدراكية محدودة مقارنة بالقراءة البصرية وكلما زادت الخبرات والمهارات القرائية بطريقة برايل أصبح القارئ أكثر قدرة على إدراك الكلمات والجمل كما يزيد فهمه للمحتوى وهذا يساعده على زيادة السرعة في القراءة وبالتالي تقل الحركات غير المهمة واللازمة في أصابعه أثناء عملية القراءة والتي تستقطع زمنا يضاف إلى السرعة في القراءة فهي معادلة متساوية.

الكتابة بطريقة برايل:

يلجأ الأطفال المكفوفون إلى الكتابة بطريقة برايل نظرًا للصعوبة التي يواجهونها في الكتابة بالطريقة العادية حيث أنهم لم يتعرفوا على طبيعة حروف الكتابة وكيفية تكوين الكلمات والأهم من ذلك هو عملية توصيل الحروف واستخدام أدوات الكتابة العادية والصعوبة في الالتزام بأصول الكتابة وقواعدها وطالما أن طريقة برايل هي الطريقة المناسبة للكتابة والتسجيل بالنسبة للمكفوفين فكان من المهم استعراض أهم أدوات التهيئة والاستعداد للكتابة بهذه الطريقة.

❑ التهيئة والاستعداد للكتابة بطريقة برايل:

وكما سبق الإشارة عند معالجة طريقة القراءة بالبرايل فلا بد من تنشيط الجهاز اللمسي لدى الطفل الكفيف وكذلك تطوير الوعي والتمييز اللمسي أثناء حركة الأصابع ويتم ذلك بواسطة الضغط على الأشياء عند ملامستها لينتقل تأثير المثيرات إلى المستقبلات اللمسية ولتزود الكفيف بالمعلومات والخصائص عن البيئة الملموسة. وتعبر هذه العملية عن ميكانيكية الاتصال اللمسي والتي تعوض الفرد عن ميكانيكية الاتصال البصري إذ أن الحقائق والمعلومات تستقبل عبر الموصلات الحسية اللمسية. فاليد يمكنها لمس الأشياء، أو الإمساك بها ثم الضغط عليها وتقليبها للحصول على المعلومات بواسطة المناطق العليا من الأصابع (الأنامل) وهذه المعلومات تكون ذات مستويات مختلفة من الدقة وتختلف باختلاف عملية الضغط والتمييز وكذلك تبعا لحجم وطبيعة وملمس وحرارة الشيء الممسوك باليد وبمعنى آخر فإن اليد لكي تحصل على المعلومات بالشكل الصحيح والدقيق فهي تحتاج إلى الحركة والمسك والضغط على الأشياء لمعرفة طبيعتها واستخلاص المعلومات والحقائق بعد ذلك. ويجب على المعلم أن يدرك أهم الاستعدادات المهمة لدى الطفل الكفيف والتي تلزم للبدء في عملية الكتابة بطريقة برايل وهي:

أ- تحديد العمر العقلي بالنسبة للطفل الكفيف وذلك: لأن عملية التعلم تحتاج إلى أن تكون قدراته العقلية المؤهلة لذلك ويتم تحديد العمر العقلي للطفل الكفيف باستخدام اختبارات الذكاء (الجزء اللفظي).

ب- الاستعداد العمري ويقصد به العمر الزمني للطفل حيث يفضل: إلا يبدأ في تعلم الكتابة بطريقة برايل قبل سن السادسة بل يكون قد بلغها.

ج- الصبر والقدرة على التحمل وخاصة التحمل العضلي في اليدين والأصابع: لأن الطفل يمكث وقتا طويلا مستخدما يديه وأصابعه وكذلك يجب أن يتحمل التوتر العقلي الناشئ عن الضغط على مفاتيح الكتابة في آلة برايل الكاتبة.

د- الاستعداد الدافعي ويتمثل في رغبة الطفل الكفيف وميله إلى تعلم الكتابة لأنها وسيلته في التعبير عما يدور بخاطره وكذلك لتسجيل الأمور المهمة في حياته.

هـ- الاستعداد الصحي ويقصد به خلو الطفل الكفيف من أي حالة مرضية فتؤثر على قدرته على تحريك أصابعه ومن ثم تؤثر على قدراته اللمسية والحركية الأساسية كالشلل، أو التشنجات، أو تشوه، أو بتر الأطراف.

من هنا نجد أن عملية التهيئة والاستعداد للكتابة بطريقة برايل تعد ضرورية وهامة وتتطلب من الطفل الكفيف القيام بأنشطة يدوية متعددة والألعاب التي تحتاج إلى تركيب، أو تنظيم معين مثل قطع (الدومينو). أو (النرد)، أو العمل بالصلصال. أو تنظيم الخرز والقص بأشكال مختلفة وغير ذلك من الأعمال اليدوية ومن أهم الأنشطة المهيئة لعملية الكتابة ما يلي:

أهم الأنشطة المهيئة لعملية الكتابة بطريقة برايل:

(١) أنشطة ترتبط بعمل اليدين وحركة الأصابع للتعرف على الأشياء بواسطة تحريكها وتقليبها لمعرفة شكلها، أو ملمسها، أو حرارتها، أو ثقلها.

(٢) أنشطة ترتبط بحركة الجسم وادراك مفهوم هذه الحركة مثل حركة الميل إلى أسفل، أو إلى أحد الجوانب، أو التسلق، أو الزحف، أو القفز وكذلك معرفة كل جزء من أجزاء الجسم وطبيعة وأنواع الحركة الخاصة بكل جزء.

(٣) أنشطة حركية إدراكية تستهدف التمييز بين أدوات مختلفة وعقد مقارنات بين خصائصها وطبيعتها ووظيفتها كالمفكات والمفاتيح ومفاتيح الأبواب وأوني الطهي وأدوات المائدة.

(٤) أنشطة تتطلب التمييز بين الاتجاهات المختلفة بالنسبة لجسم الإنسان كاليمين واليسار، وفوق وتحت، أمام وخلف وهكذا.

(٥) أنشطة تتمثل في تمارين تقوم على إدراك العلاقات بين أجزاء الجسم المختلفة مثل مسك القدم اليسرى باليد اليمنى ووضع اليد اليسرى على الكتف الأيمن وهكذا

(٦) أنشطة حركية لمسة تتطلب التمييز بين الأشياء ذات الخواص المشتركة بتصنيفها في مجموعات حسب خصائصها، أو وظائفها مثل القلم والمسطرة والدفتر، الملعقة والطبق، الوسادة والسرير و الغطاء، الصابون والمعجون والمنشفة وهكذا.

هذا عن التهيئة والاستعداد للكتابة أما إذا ما شرع المعلم في تعليم الطفل الكتابة بطريقة برايل فمن الضروري أن يبدأ معه بسلسلة من التدريبات التي تستهدف تقوية الأصابع وتنمية التآزر العضلي العصبي بين اليدين والقدرة على التمييز والحساسية اللمسية الكافية والمهارة اليدوية والتي تعد هامة جدا للعمل على الآلة الكاتبة بالبرايل.

فيجب عند البدء في عملية التدريب على استخدام الآلة الكاتبة الانتباه إلى وضع الجسم المنتصب والمستقيم والمريح في نفس الوقت ووضع اليدين في حالة استرخاء ومراعاة أن الكتابة على آلة برايل الكاتبة البيركنز من اليسار إلى اليمين وذلك عكس الكتابة باستخدام لوح برايل والقلم، أو مسطرة برايل والقلم فالكتابة من اليمين إلى اليسار.

الاعتبارات الواجب مراعاتها عند الكتابة الصحيحة بطريقة برايل:

(١) التعرف على الآلة وأجزائها ومكوناتها والمفاتيح الأساسية وأرقام هذه المفاتيح.

(٢) الإلمام بالكيفية الصحيحة لإدخال الورقة وتثبيتها بالزاوية المناسبة.

(٣) ضرورة التعرف على نظام ترك الهوامش والفراغات المناسبة على الورقة من جهاتها الأربع.

(٤) أهمية المعرفة بطريقة ترقيم الورقة التي يكتب عليها وكذلك وضع العنوان في منتصفها.

(٥) الجلسة الصحيحة أثناء عملية الكتابة وهي الجلسة المنتصبة المستقيمة والمريحة في آن واحد.

(٦) وضع اليدين في حالة استرخاء وراحة ويتأثر ذلك بوضع الآلة على سطح يسمح بوجود مكان لراحة اليدين حتى المرفقين وبشكل موازي لهذا السطح

(٧) المحافظة على دفء اليدين وذلك لضمان توفر القدرات اللمسية والضغط المناسب اللازمين لعملية الكتابة والاستعداد لذلك بإجراء بعض التمارين الخاصة بتدفئة الأصابع واليدين في الأوقات الباردة.

(٨) التعرف على وضع الأصابع الصحيح على الآلة عند الكتابة والالتزام بذلك إذ تستخدم اليد اليمنى لضغط المفاتيح أرقام ٤،٥،٦ بواسطة أصابع السبابة والوسطي والخنصر على الترتيب أما البنصر فيستخدم للضغط على مفتاح التراجع كلمة بينما يستخدم إبهام اليد اليمنى للضغط على مفتاح المسافات وتستخدم اليد اليسرى لضغط المفاتيح أرقام ١،٢،٣ بواسطة أصابع السبابة والوسطي والخنصر على الترتيب أما البنصر فيستخدم للضغط على مفتاح تغيير السطر بينما إبهام اليد اليسرى فيستخدم للضغط على مفتاح الفراغات مثل إبهام اليد اليمنى.

(٩) الاهتمام بوضعية الأصابع الصحيحة أثناء عملية الكتابة وتصحيحها كلما احتاج الأمر وخاصة في بداية التعلم لسهولة التغيير حتى لا تثبت العادات غير الصحيحة ويكون من الصعب تغييرها.

(١٠) يجب أن يكون التركيز في بداية تعلم الكتابة على ميكانيكية استخدام الآلة في الكتابة أي اللمس والضغط الصحيح على المفاتيح واكتساب مهارة استخدام

اليدين معا وكذلك الإلمام بأجزاء الآلة ووظيفة كل جزء ومن ثم يتحول التركيز إلى كتابة الحروف والكلمات والعبارات والأرقام وكافة العمليات الكتابية الأخرى.

١١) ضرورة التركيز على تدريب الفرد على الكتابة العادية في البداية أي كتابة الكلمة حرفا حرفا وهي الكتابة غير المختصرة للكلمات وبعد الاطمئنان إلى اكتساب الفرد لمهارات الكتابة بشكل مرضي وبطريقة تدعو إلى الثقة يبدأ المعلم في تعليمه الكتابة المختصرة ولكن بشكل تدريجي من السهل إلى الأصعب ومن الاختصارات البسيطة إلى المركبة وهكذا.

١٢) يفضل عدم استخدام لوحة برايل والقلم عند البدء في تعلم الكتابة على آلة برايل الكاتبة حتى لا تؤدي إلى عملية إرباك الفرد؛ لأن الكتابة بواسطة اللوح والقلم تبدأ من اليمين، أو الكتابة على الآلة الكاتبة فتبدأ من اليسار.

١٣) يجب أن يكون التركيز على عملية الكتابة بطريقة برايل منذ الصف الثالث الابتدائي ثم يزداد الاهتمام بها تدريجيا فيما بعد.

مثال تطبيقي لتعليم الكتابة باستخدام آلة برايل الكاتبة:

الهدف من المثال:

أن يتعرف الطفل الكفيف على الأجزاء المكتوبة لآلة برايل الكاتبة ويتحقق هذا الهدف باتباع المعلم للخطوات التالية:

(١) يقوم المعلم بتوضيح أول الأجزاء المهمة والمكونة لآلة برايل الكاتبة نظريا وعمليا وهي مجموعة المفاتيح الستة والتي تكون معا ما يعرف بخلية برايل أي النقاط الست البارزة) وذلك بأن يضع إصبع كل طفل على المفتاح الذي يذكر اسمه ووظيفته في المفاتيح الستة مرتبة في مجموعتين مجموعة جهة اليسار وهي

المفاتيح ١،٢،٣ من اليمين إلى اليسار وهذه المفاتيح تصنع معا العمود الأول من خلية برايل ثم مجموعة جهة اليمين وهي المفاتيح ٤،٥،٦ من اليسار إلى اليمين أيضا وهذه المفاتيح تصنع معا العمود الثاني من خلية برايل أي أن الضغط على المفاتيح الستة يعطي الخلية كاملة ويلاحظ المعلم الطلاب بحيث يضع كل منهم الإصبع المناسب على المفتاح المناسب فسبابة اليد اليسرى لضغط المفتاح (١) والوسطى تضغط المفتاح (٢) والخنصر لضغط المفتاح (٣) بينما سبابة اليد اليمنى تضغط المفتاح (٤) والوسطى لضغط المفتاح (٥) والخنصر لضغط المفتاح (٦) ويدربهم بالضغط على أحد المفاتيح ويمر عليهم لملاحظتهم وهكذا مع باقي المفاتيح ويكلفهم بتمييز كل مفتاح تحت كل إصبع من الأصابع الضاغطة.

(٢) يقوم المعلم بتوضيح جزء آخر من آلة برايل الكاتبة وهو مفتاح المسافات والذي يقع بين مجموعتي المفاتيح الستة أي في منتصفها والذي يحرك رأس الآلة الكاتبة مسافة واحدة جهة اليمين كلما تم الضغط عليه مرة واحدة بواسطة إبهام اليد اليمنى ثم يترك ثم يقوم المعلم بوضع إبهام اليد اليمنى لكل طفل على مفتاح المسافات ويطلب منهم تمييزه والضغط عليه والتدريب على ذلك عددا من المرات ثم يمر عليهم لملاحظتهم وهكذا.

(٣) يقوم المعلم بتوضيح جزء آخر من آلة برايل الكاتبة وهو مفتاح المسافة بين السطور والذي يقع إلى يسار المفاتيح ويستخدم لنقل الورقة إلى أعلى مسافة سطر واحد في كل مرة يتم الضغط عليه بواسطة بنصر اليد اليسرى ويقوم المعلم بوضع إصبع كل منهم على هذا المفتاح ويطلب منهم تمييزه ثم الضغط عليه ويكرر ذلك عددا من المرات للتدريب ثم يمر عليهم لملاحظتهم وتصحيح ما يقومون به من أخطاء.

(٤) يقوم المعلم بتوضيح جزء آخر من آلة برايل وهو مفتاح المسافة الخلفية والذي يقع إلى يمين المفاتيح ويستخدم لتحريك رأس الآلة الكاتبة إلى جهة اليسار بمقدار مسافة كلمة واحدة في كل مرة يتم الضغط عليها بواسطة بنصر اليد اليمنى لتصحيح الأخطاء ويقوم المعلم بوضع إصبع كل منهم على هذا المفتاح ويطلب منهم تمييزه ثم الضغط عليه ويكرر ذلك عددا من المرات للتدريب ثم يمر عليهم لملاحظتهم وتصحيح الأخطاء إن وجدت.

(٥) يقوم بتوضيح جزء آخر من آلة برايل الكاتبة وهو مفتاح تحريك رأسي الآلة إلى أية مسافة مطلوبة سواء جهة اليمين، أو جهة اليسار والذي يقع فوق المفاتيح ويتحرك رأس الآلة عند الضغط على هذا المفتاح جهة اليمين، أو اليسار ويقوم المعلم بوضع إصبع كل منهم على هذا المفتاح ويطلب منهم تمييزه ومعرفة موقعه ثم يضغط عليه ويكرر ذلك عددا من المرات للتدريب ثم يمر عليهم لملاحظتهم وتصحيح أخطائهم إن وجدت.

(٦) يقوم المعلم بتوضيح جزء آخر من آلة برايل الكاتبة وهو مفتاح تحديد الهوامش (يمين - يسار) والذي يقع في الجزء الخلفي من الآلة ويقوم المعلم بوضع إصبع كل منهم على هذا المفتاح ويطلب منهم تمييزه ومعرفة موقعه ووظيفته ثم الضغط عليه لعمل الهوامش يمين ويسار وذلك عددا من المرات للتدريب ثم يمر عليهم لملاحظتهم وتصحيح الأخطاء.

(٧) التقويم، وذلك باختبار الأطفال المكفوفين في مدى اكتسابهم لمهارة التعرف على أجزاء آلة برايل الكاتبة ومستوى الاستيعاب وذلك بتكليفهم بالضغط على مفتاح (٤) مثلا ثم المرور عليهم وملاحظتهم وتصحيح أخطائهم ويسألهم عن وظيفة هذا المفتاح ثم يطلب منهم الضغط على مفتاح المسافات بين السطور ويمر عليهم لملاحظتهم وتصحيح الأخطاء ويسألهم وظيفة هذا المفتاح وهكذا

حتى يتأكد من معرفتهم التامة بأجزاء آلة برايل الكاتبة ووظيفة وعمل كل جزء وكذلك اكتسابهم لمهارة تمييز هذه الأجزاء وطريقة الضغط عليها والتآزر العضلي العصبي لحركة الأصابع واليدين على الآلة.

إبراهيم. مروان (٢٠٠٢). **التمارين البدنية والعلاجية لتشوهات ذوي الإعاقة البصرية القوامية**. عمّان: دار اليازوري.

أبو حطب، فؤاد و عثمان، سيد (١٩٧٣). **التقويم النفسي**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أبو زينة، فريد (١٩٩٢). **أساسيات القياس والتقويم في التربية**، الكويت: مكتبة الفلاح.

أبو لبده، سبع (١٩٨٢). **القياس النفسي والتقييم التربوي**، عمان: دار الثقافة.

أبونيان، إبراهيم (٢٠٠٦). الاستشارة والعمل الجماعي المفاهيم والخصائص والمعوقات **ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العربي التاسع "رعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي" (الحاضر والمستقبل)**، جامعة بنها.

الأمانة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢). **القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم السعودية**، الرياض.

الببلاوي، إيهاب (٢٠٠١). **قلق الكفيف: تشخيصه وعلاجه**. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

الببلاوي، إيهاب (٢٠٠٩). **التوجه والحركة للمكفوفين**. الرياض: دار الزهراء.

الببلاوي، إيهاب (٢٠١١). **الخدمات المساندة لذوي الإعاقة البصرية**. الرياض: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

إيهاب، الببلاوي، و عبد الحميد، أشرف (٢٠٠٤). **التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي**، الرياض: دار الزهراء.

الببلاوي، إيهاب، و عبد الحميد، أشرف (٢٠٠٥). مهام ومعوقات الأخصائيين النفسيين بمعاهد وبرامج التربية الخاصة من وجهة نظرهم . **مركز الخدمة للاستشارات البحثية " شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية "**، كلية الآداب - جامعة المنوفية، ع ١٧.

الببلاوي، إيهاب، والتجاني، محمد (٢٠١١). **تعليم المكفوفين طريقة برايل**. الرياض: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

بركات، لطفى (١٩٧٨). **الفكر التربوي في رعاية المكفوفين** . القاهرة: مكتبة الخانجى.

بركات، لطفى (١٩٨٢). **الرعاية التربوية للمكفوفين** .جدة: الكتاب الجامعي.

جمل الليل، محمد جعفر (٢٠٠٢). **المساعدة الإرشادية النفسية**، مكة: الدار السعودية للنشر والتوزيع.

حافظ، نبيل (١٩٩٨). **صعوبات التعلم والتعليم العلاجي**، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

حامد، أماني أحمد فتحي (٢٠٠٥). فعالية التحصين التدريجى في خفض درجة بعض المخاوف المرضية لذوى الإعاقة البصرية **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

حبيب، مجدي (١٩٩٦). **التقويم والقياس في التربية وعلم النفس**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

الحديدي، منى (٢٠٠٦). **الإعاقة البصرية** (ط٤). عمان: دار الفكر.

حسين، سيد (١٩٨٧). **الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي** (ط٣). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

حلمي، إبراهيم، وفرحات، ليلي (١٩٩٨). **التربية الرياضية والترويح للمعاقين**. القاهرة: دار الفكر العربي.

خضير، محمد، و البيلاوي، إيهاب (٢٠٠٤). **المعاقون بصريا**. الرياض: الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.

خطاب، دعاء محمد (٢٠٠٧). أساليب مواجهة أزمة الهوية وعلاقتها بالاستقلال النفسي لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة الزقازيق.

المراجع

الخطيب، جمال (٢٠٠١). **أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات**، الرياض: آكاديمية التربية الخاصة.

الخطيب، جمال، والحديدي، منى (٢٠٠٤). **التدخل المبكر: التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**. دار الفكر: عمّان.

الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٦). **الإعاقة البصرية: المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية**.عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

السرطاوي، عبد العزيز وسيسالم، كمال (١٩٩٠). تشجيع أولياء أمور ذوي الإعاقات على المشاركة في برامج التربية الخاصة ، **مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية** (١) ، الرياض ، م (٢) ، ص ص١٩٧ – ٢١٥.

سعد عبد الرحمن (١٩٩٧). **القياس النفسي**. الكويت: مكتبة الفلاح.

سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠١). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة التعرف والتشخيص**. (الجزء الثاني). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

السميح، عبد المحسن (٢٠٠٤). مهام المرشد الطلابي بين الأهمية والممارسة دراسة ميدانية على مديري ومرشدي معاهد وبرامج التعليم العام، **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية**، م (١٦)، ع (١)، ص ص ٧٦- ١١٤.

سيسالم، كمال (١٩٩٧). **ذوي الإعاقة البصرية: خصائصهم ومناهجهم**. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية .

سيسالم، كمال (٢٠٠٢). **موسوعة التربية الخاصة و التأهيل النفسي**، العين: دار الكتاب الجامعي.

الشمري، عواطف (٢٠٠٥). الاستشارة والعمل الجماعي ودورهما في تكوين علاقة عمل تكاملية بين العاملين في برامج التربية الخاصة ، **ندوة التربية الخاصة في المملكة**

العربية السعودية : مواكبة التحديث والتحديات المستقبلية، جامعة الملك سعود، الرياض. في الفترة بين ٢٩ – ٣٠ نوفمبر .

صادق، فاروق (١٩٩٦). دور الأخصائي النفسي المدرسي نحو ذوي الحاجات الخاصة، **الدورة التأسيسية الأولى للأخصائي النفسي** المدرسي، مركز البحوث والدراسات النفسية، جامعة القاهرة، في الفترة من ٣١أغسطس – ٥ سبتمبر، ٩٣ – ١٠٥.

صالح آبو عباة، عبد المجيد نيازي(٢٠٠١). **الإرشاد النفسي والاجتماعي**، الرياض، مكتبة العبيكان.

صالحة، سرور محمد (٢٠٠٨). **التعرف والتنقل للمكفوفين**. المكتبة الالكترونية موقع أطفال الخليج .www.gulfkids.com .

الصبوة، محمد (١٩٩٨). تصور علمي لأدوار الأخصائي النفسي المدرسي، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب. **مجلة علم النفس**. العدد (٤٦). ص ص ٦٠ – ٧٢.

الضبع، فتحي عبد الرحمن (٢٠٠٦).فعالية العلاج بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحقيق المعنى الايجابي للحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا . **رسالة دكتوراه غير منشورة** . كلية التربية ، جامعة سوهاج، مصر.

الظاهر، زكريا و تمرجيان، جاكلين و عبد الهادي، جودت (٢٠٠٢). **مبادئ القياس والتقويم في التربية**، عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

عبد الحميد، أشرف محمد (١٩٩٥). دراسة بعض متغيرات البيئة المدرسية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى ذوي الإعاقة البصرية، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

عبد الحميد، جابر و كفافى، علاء الدين (١٩٩٠). **معجم علم النفس و الطب النفسي** ،. القاهرة: دار النهضة العربية.

عبد الرحيم، فتحي (١٩٨٢). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتربيتهم** ط٢. الكويت: دار القلم.

عبد السلام، فاروق (١٤٠٨). **في التوجيه والإرشاد الطلابي**. مكة المكرمة، مكتبة الطالب الجامعي.

عبد الغني، يسر (١٩٩١). تقويم الحالة القوامية لتلاميذ مدارس التربية الخاصة من سن ١٣– ١٦ سنة. **مجلة كلية التربية الرياضية**. جامعة طنطا. (٣)، ٤٤– ٦٢.

عبد المجيد، غادة قبيصى (٢٠٠٧) . أثر برنامج تدريبي في المساندة النفسية والاجتماعية على تنمية التفكير الابتكاري لدى المكفوفين. **رسالة ماجستير غير منشورة** .كلية الآداب.جامعة عين شمس.

عبده، عبد الهادي و عثمان، فاروق (٢٠٠٢). **القياس و الاختبارات النفسية "أسس وأدوات"**. القاهرة: دار الفكر العربي.

العزة، سعيد (٢٠٠١). **الإرشاد النفسي أساليبه وفنياته**. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر.

عطية محمود هنا (١٩٥٩). **التوجيه التربوي والمهني**. القاهرة:دار النهضة المصرية.

عقل، محمود عطا (٢٠٠٠): **الإرشاد النفسي والتربوي(المداخل النظرية –الواقع- الممارسة)**.الطبعة الثانية، الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.

علام . صلاح الدين (٢٠٠٠). **القياس والتقويم التربوي والنفسي " أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة "**، القاهرة: دار الفكر العربي.

علام، صلاح الدين (٢٠٠٠). **القياس والتقويم التربوي والنفسي " أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة "**، القاهرة: دار الفكر العربي.

عمر، ماهر محمود (١٩٩٨). **المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي**. ط٢. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عمر، ماهر محمود (١٩٩٩). **المرشد النفسي المدرسي**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الغريب، رمزية (١٩٧٠). **التقويم والقياس النفسي والتربوي**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فاروق عبد السلام (١٤٠٨): **في التوجيه والإرشاد الطلاب ذوي الإعاقة البصريةي**، مكة المكرمة، مكتبة الطالب ذي الإعاقة البصرية الجامعي.

فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة** (ط٤)، الجزء الأول. الكويت: دار القلم.

القاضي، يوسف ، وفطيم، لطفي ، وعقل، محمود (١٩٨١). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي**، الرياض: دار المريخ.

القاضي، يوسف، وفطيم، لطفي، وعقل، محمود (١٩٨١). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي**، الرياض: دار المريخ.

القحطاني، عبد ربه، و النعمة، عبد الله، والأشقر، حنان، مريم (٢٠٠٣). **دليل عمل الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي**، الدوحة: وزارة التربية والتعليم.

القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠٠٥). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم** (ط٤). القاهرة: دار الفكر العربي.

القريوتي، يوسف، و السرطاوي، عبد العزيز، و الصمادي، جميل (١٩٩٥). **المدخل إلى التربية الخاصة**. دبي: دار القلم.

الكناني، ممدوح، و جابر، عيسى (١٩٩٥). **التقويم والقياس**، الكويت: مكتبة الفلاح.

الكيلاني، عبد الله . الروسان، فاروق (٢٠٠٦). **التقويم في التربية الخاصة**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

ليدون، وليم. و ماكجرو، لوريتا (١٩٩٠). **تنمية المفاهيم البصرية عند الأطفال ذوي الإعاقة البصرية** (ترجمة: عبد الغفار الدماطي، وفاروق خليل).الرياض: مطابع جامعة الملك سعود.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٤أ). **الإعاقات الحسية**. القاهرة: دار الرشاد.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٤ب). **الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات**. القاهرة: دار الرشاد.

مراد، صلاح وسليمان، آمين (٢٠٠٢). **الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية " خطوات إعدادها وخصائصها "**، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

مراد، صلاح وسليمان، أمين (٢٠٠٢). **الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية " خطوات إعدادها وخصائصها "**، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

المغازي، صافيناز (٢٠٠٢). فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدى الطفل الكفيف في رياض الأطفال، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة عين شمس.

ملحم، سامي (٢٠٠٢). **القياس والتشخيص في التربية وعلم النفس**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

ملحم، سامي (٢٠٠٢). **القياس والتقويم في التربية وعلم النفس**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

منصور، عبد المجيد و الشربيني، زكريا ، و الحشاش، عبد اللطيف (١٩٩٦). **التقويم التربوي (الأسس والتطبيقات)**، القاهرة: دار الأمين.

نصر ، محمد (٢٠٠٤). الاستقلال النفسي عن الوالدين وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية "دراسة ميدانية على عينة من المراهقين الأسوياء والمعوقين سمعياً"، مجلة جامعة دمشق، (٢٠)،٢، ٢٨١- ٣١٤.

هارون، صالح (٢٠٠٩). **البرنامج التربوي الفردي في مجال التربية الخاصة: دليل المعلمين**. الرياض: مكتبة الزهراء.

هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم** (ترجمة عادل عبد الله محمد). عمّان: دار الفكر.

الوقفي، راضي (٢٠٠٤). **أساسيات التربية الخاصة**. عمّان: جهينة للنشر والتوزيع.

وكوك، مجدى محمود (١٩٩٩). **برنامج تمرينات علاجية لتشوه سقوط الرأس واستدارة الكتفين للمكفوفين**، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، (٢٧)، ٢٤١-٢٦٠.

Allison, C. & Sanspree, M.J. (2006). Persons with visual impairments. In R. Gargiulo (Ed.). *Special Education in Contemporary Society*. (2nd ed., pp. 480– 519). Belmont, CA: Thomson Learning Corporation.

Ambrose, G. (2000). Sighted children's knowledge of environmental concepts and ability to orient in an unfamiliar residential environment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(8), 509–521.

Anthony, T., Bleier, H., Fazzi, D., Kish, D., & Pogrund, R. (2002). Mobility focus: Developing early skills for orientation and mobility. In R. Pogrund & D. Fazzi (Eds.), *Early focus: Working with young children who are blind or visually impaired and their Families* (2nd ed., pp. 326– 404). New York: AFB Press.

Bailey, B., & Head, D. (1993). *Orientation and mobility services to children and youth with multiple disabilities.* RE: view, 25(2), 57–66.

Balashova, Y. (2005). First orientation and mobility teacher preparation program in Russia. *International Congress Series*, 1282 (3), 789–792.

Blasch, B., & Stuckey, K. (1995). Accessibility and mobility of persons who are visually impaired: A historical analysis. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89(5), 417– 422.

Boehm. A. (2000). *Boehm test of positional concepts*. San Antonio. TX: Psychological Corporation.

Brambring. M. (2001). Motor activity in children who are blind or partially sighted. *Visual Impairment Research*. 3(1).16– 27.

Brambring. M. (2006). Divergent development of gross motor skills in children who are blind or sighted. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 100(10). 620– 634.

Christy. B. & Nirmalan. P. (2006). Acceptance of the long cane by persons who are blind in south India. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 100 (2). 115– 119.

Corn. A.. Bina. M.. & DePriest. L.(1995). *The parent perspective on schools for students who are blind and visually impaired: A national study*. Alexandria. VA: Association for Education and Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired.

Corn. A.. Hatlen. P.. Huebner. K.. Ryan. F.. & Siller. M. (1995). *The national agenda for the education of children and youths with visual impairments. including those with multiple disabilities*. New York: AFB Press.

Cratty. B. & Sams. T. (1968). *The body image of blind children*. New York: American Foundation for the Blind.

DeLaGarza. D.. & Erin. J. (1993). Employment status and quality of life of graduates of a state residential school. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 87(6). 229– 233.

DeMario. N. (1990. April). Non– academic competencies for elementary level students with visual impairments. *Paper presented at the 68th annual CEC convention*. Toronto. Canada.

Dodds. A.. Howarth. C. & Carter. D. (1982). The mental maps of the blind: The role of previous experience. *Journal of Visual Impairment and Blindness*. 76. 5– 12.

Elmerskog. B.. & Tellevik. J. (2002). Participation in ecologically valid activities: Mobility and rehabilitation in an African environment. *Visual Impairment Research*.4.(3). 161– 174.

Engel, R., Welsh, R., & Lewis, L. (2000). Improving the well– being of vision– impaired older adults through orientation and mobility training and rehabilitation: an evaluation. *RE: View*, 32(2),67– 76.

Fazzi, D., & Petersmeyer, B. (2001). *Imagining the possibilities: Creative approaches to orientation and mobility instruction for persons who are visually impaired.* New York: AFB Press.

Ferrell, K. A. (1996). Your child's development. In M. C. Holbrook (Ed.), *Children with visual impairments: A parent's guide* (pp. 74– 96). Bethesda, MD: Woodbine.

Fluharty, W., J. McHugh, M. McHough, P. Willits, and J. Wood. (1976). Anxiety in the teacher– student relationship as applicable to orientation and mobility instruction. *New Outlook for the Blind*, 70 (4), 153– 156.

French, R. & Jansma, P. (1982). *Special Physical Education.* Columbus, OH: Charles E. Merrill Publishing Co.

Gargiulo, P. (2006). *Special education in contemporary society*. Belmont, CA: Thomson Learning, Inc.

Griffin– Shirley, N., & Nes, S. (2004). How physical education is different from orientation and mobility. In R. Davidson, E. Laman, M. Shaughnessy, M. (Eds.). *General physical education curriculum for students with sensory deficits.* New York: Nova. Unpublished Manuscript.

Griffin– Shirley, N., McGregor, D., & Jacobson, W. (1999). Survey of dual– certified orientation and mobility instructors. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93(3), 133– 139.

Griffin– Shirley, N., Trusty, S., & Rickard, R. (2000). Orientation and mobility. In A. Koenig & M. Holbrook (Eds.). *Foundations of education instructional strategies* for teaching children and youths with visual impairments (2^{nd} ed., Vol. II, pp. 527– 568). New York: AFB Press.

Harley, R., Long, R., Merbler, J., & Wood, T. (1987). Orientation and mobility for the blind multiply handicapped young child. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 81(8), 377– 381.

Harley, R., Merbler, J., & Wood, T. (1975). The development of a scale orientation and mobility for multiply impaired blind children. *Education of the Visually Handicapped*, 7(1), 1– 5.

Hatlen, P. (1996). The core curriculum for blind and visually impaired students, including those with multiple disabilities. *RE:view*, 28(1), 25– 32.

Hatton, D., Bailey, D., & Burchinal, M. (1997). Developmental growth curves of preschool children with vision impairments. *Child Development*, 68, 788– 806.

Haymes, S., Guest, D., Heyes, A., & Johnston, A. (1996b). The relationship of vision and psychological variables to the orientation and mobility of visually impaired persons. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 90, 314– 324.

Hazekamp, J., & Huebner, K. (Eds.). (1989). *Program planning and evaluation for blind and visually impaired students: National guidelines for educational excellence*. New York, NY: American Foundation for the Blind.

Hazekamp, J., &r Huebner, K. M. (Eds.). (1989). *Program planning and evaluation /or blind and visually impaired students: National guidelines for educational excellence*. New York: American Foundation for the Blind.

Heward, W. (2006). *Exceptional children: An introduction to special education*. Upper Sanddle River: Memill & Prentice Hall.

Higgerty, M. & Williams, A. (2005). Orientation and Mobility Training Using Small Groups. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99 (12), 755– 764.

Hill, E. (1981). *Hill performance test of selected positional concepts*. Wood Dale, Illinois: Stoelting Co.

Hill, E. (1986). Orientation and Mobility. In G.T. Scholl (Ed.), *Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth: Theory and Practice*. (pp. 315– 340). New York:AFB Press.

Hill, E.& Ponder, P. (1976). *Orientation and mobility techniques: A guide for the practitioner*. New York: American Foundation for the Blind.

Hill, E., Rosen, S., Correa, V., & Langley, M. (1984). Preschool orientation and mobility: An expanded definition. *Education of the Visually Handicapped*, 16, 58– 72.

Hill, M. & Harley, R. (1984). Orientation and mobility for aged visually impaired persons. *Journal of Visual Impairment & Blindness*,78(2), 49– 54.

Hill, M., & Hill, E. (1991). Provision of high– quality orientation and mobility services to older persons with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 85(10), 402– 408.

Hub ,A. Diepstraten ,J.& Ertl,T. (2005) .*Augmented Indoor Modeling for Navigation Support for the Blind*. http://www.vis.uni–stuttgart.de/uploads/tx_ vispublications/ cpsn05– hde.pdf.

Huebner, K. M., Merk– Adam, B., Stryker, D., & Wolffe, K. (2004). *The national agenda for the education of children and youths with visual impairments, including those with multiple disabilities*. New York: AFB Press.

Huebner, K., & Wiener, W. (2005). Guest editorial. Journal of IDEA '97 Final Regulations 1997 Amendments to the Individuals with Disabilities Education Act of 1997, 34 CFR Part 300.24 (b) 6, Assistance to States for the Education of Children with Disabilities. Retrieved May 3, 2010 from http://www. ideapractices.org/law/ regulations/regs/Subpart A.php.

Huebner, K., Merk– Adam, B., Stryker, D., Wolffe, K., (2004). *The National agenda for the education of children and youths with visual impairments, including those with multiple disabilities, revised*. New York: AFB Press.

Huebner, K., Prickett, G., Welch, T., & Joffee, E. (Eds.). (1995). *Hand in hand: Essentials of communication and orientation and mobility for your students who are deaf blind*. New York: AFB Press.

Individuals with Disabilities Education Act Amendments of (1997). *Public Law 105– 17. Final Regulations. 34 CFR Part '300*, Assistance to States for the Education of Children with

Individuals with Disabilities Education Act Amendments of IDEA (2004). §300.8(c)(13). Retrieved from http://idea.ed.gov/

Jacobson. W. (1993). *The art and science of teaching orientation and mobility to persons with visual impairments*. New York: American Foundation for the Blind.

Joffee. E., & Rikhye. C. H. (1991). Orientation and mobility for students with severe visual and multiple impairments: A new perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 85*(5). 211– 216.

Johnston. B., & Corbett. M. (1973). Orientation and mobility instruction for blind individuals functioning on a retarded level. *New Outlook for the Blind*.67(1). 27– 31.

Kenneth. K. & Roswitha. K. (1985).Group training in basic orientation. mobility and hearing skills. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 79(3). 100– 103.

LaGrow. S., & Weessies. M. (1994). *Orientation and mobility: Techniques for independence*. Palmerston North. New Zealand: Dunmore Press.

Leat. S. & Lovie– Kitchin. J. (2006). Measuring mobility performance: experience gained in designing a mobility course. *Clinical and Experimental Optometry*. 89 (4). 215– 228.

Leja. J (1993). Orientation and mobility in Taiwan. *Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairment*. 25(3). 113– 122.

Lewis. R.B., & Doorlag. D.H. (2006). *Teaching special students in general education classrooms* .(7th ed.). Upper Saddle River. NJ: Pearson Education. Inc.

Liefert. F. (2003). Expanded core curriculum: Orientation and mobility. In S.A. Goodman & S.H. Wittenstein (Eds.). *Collaborative Assessment* (pp. 264– 297). New York: AFB Press.

Lowenfeld. B. (1964). *Our blind children, growing and learning with them* (2nd ed.). Springfield. IL: Charles C. Thomas.

Lowenfeld. B. (1964). *Our blind children, growing and learning with them* (2nd ed) Springfield. IL: Charles C. Thomas.

Mandell. C., & Fiscus. E. (1981). *Understanding exceptional people*. St. Paul. MN: West Publishing Co.

Mason. C., Davidson. R., & McNerney. C. (2000). *National plan for training personnel to serve children with blindness and low vision*. Reston. VA: The Council for Exceptional Children.

McGregor, D., Griffin– Shirley, N., Brown, S., & Koenig, A. (1998). Inter professional perceptions of orientation and mobility specialists and teachers of students with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(5), 366– 372.

Merbler, J. & Wood, T. (1984). Predicting orientation and mobility proficiency in mentally retarded visually impaired children. *Education & Training of the Mentally Retarded*,19(3), 228– 230.

Mills, R. & Adamshick, D. (1969). The effectiveness of structured sensory training experiences prior to formal orientation and mobility instruction. *Education of the Visually Handicapped*,1(1), 14– 21.

Montarzino, A., Robertson, B., Aspinall, P., Ambrecht, A., Findlay, C., Hine, J. et al. (2007). The impact of mobility and public transport on the independence of visually impaired people. *Visual Impairment Research*, 9 (2– 3), 67– 82.

No Child Left Behind Act of 2001, 20 U.S.C. §§1400 et seq. (West 2003).

O'Donnell, B. (1988).Stress and the mobility training process: A literature review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 82(4), 143– 147.

Pierangelo, R. & Giuliani G. (2004). *Transition services in special education*. Boston, MA: Pearson Education, Inc.

Pierangelo, R., & Giulani, G. (2004). *Transition services in special education*. Boston: Pearson Education.

Pogrund, R., & Fazzi, D. (Eds.). (2002). *Early focus: Working with young children who are blind or visually impaired and their Families* (2nd ed.). New York: AFB Press.

Pogrund, R., Healy, G., Jones, K., Levack, N., Martin– Curry, S., Martinez, C., et al. (1995). *Teaching age– appropriate purposeful skills (TAPS): An orientation and mobility curriculum for students with visual impairments*. Austin, TX: Texas School for the Blind and Visually Impaired.

Prevalence of Blindness (2010). Map. *World Health Organization*. http://www.who.int/ blindness/data_maps/blindness.jpg

Ruzickova, V., Stejskalova, K., Ludikova, L., Finkova, D., Regec, V., Vozenilek, V. et al (2010). *Orientation and mobility of persons with visual impairment in the Czech Republic within the context of an*

evolving Europe. www.tactilemaps. upol.cz/data/ruzickova_stejskalova_dublin.pdf.

Saudi Arabia (2010). *CIA World Fact Book*. https://www.cia.gov/library/ publications/ the– world– factbook/geos/sa.html.

Scholl, G. (1986). Growth and development. In: T. Scholl (Ed.), *Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth: Theory and practice* (pp.65– 82). New York: American Foundation for the for the Blind.

Scott, E. (1992). *Your visually impaired student*. Baltimore: University Park Press.

Seybold, D.(1993). Investigating stress associated with mobility training through consumer discussion groups. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 87(4), 111– 112.

Silberman, R., Sacks, S., & Wolfe, J. (1998). Instructional strategies for educating students who have visual impairments with severe disabilities. In S.Z. Sacks & R.K. Silberman (Eds.) *Educating Students Who Have Visual Impairments with Other Disabilities*. (pp. 101– 138). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Smith, A., De l'Aune, W., & Geruschat, D. (1992). Low vision mobility problems: Perceptions of O&M specialists and persons with low vision. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 86(1), 58– 62.

Smith, M. & Levack, N. (1996). *Teaching students with visual and multiple impairments*. Austin, Texas: Texas School for the Blind and Visually Impaired.

Soong, G., Lovie– Kitchin J., & Brown, B. (2001). Does Mobility Performance of Visually Impaired Adults Improve Immediately After Orientation and Mobility Training?. *Optometry and Vision Science*, 78(9):657– 66.

State Department of Education (n.d.). *Specialization requirements for the orientation and mobility endorsement: Academic class*. Retrieved April 2, 2008.

Thomas, J. (1995). Mobility Education for Students with Visual Impairments: A Shared Responsibility, *Paper presented at the*

Annual Super Conference on Special Education. (15th, Baton Rouge, LA, March 29, 1995). ERIC Database, ED, 394232.

U.S. Department of Education. (2000, June 8).*Educating blind and visually impaired students; policy guidance*. Federal Register, 65 (111),p.36585– 36594. Retrieved January 16, 2007,from http://www.ed.gov/legislation/FedRegister/ other/2000–2/060800a.html.

Vincent, K., Bruce, B. & Akio, K. (2003). Effects of mobility training on gait and balance , *Journal of Visual Impairments & Blindness*, 97, (11), 340– 347.

Webster, R. (1976) Concept development program for future mobility training. *New Outlook for the Blind*, 70 (5), 195– 197.

Weiner, W., & Siffermann, E. (1997). The development of the profession of orientation and mobility. In B. B. Blasch, W. R. Wiener, & R. L. Welsh (Eds.), *Foundations of orientation and mobility* (2nd ed., pp. 553– 579). New York, NY: AFB Press.

Welsh, R. (1997). The psychosocial dimensions of orientation and mobility. In Blasch, B.B., Wiener, W.R. & Welsh, R.L. (Eds.). *Foundations of Orientation and Mobility*. (2nd, pp. 200– 230). New York: AFB Press.

Welsh, R., & Blasch, B. (1980). *Foundations of orientation and mobility*. New York: American Foundation for the Blind.

Whitstock, R., Franck, L & Haneline, R. (1997). Dog guides. In Blasch, B.B., Wiener, W.R. & Welsh, R.L. (Eds.). *Foundations of Orientation and Mobility*. (2nd, pp. 260– 283). New York: AFB Press.

Wiener, W., Ambrose, E., Bourquin, G., Copass, R., DeJonge, J., Joffee, J., Newman, K.,, & Mancil, R., Bozeman, L., & Sauerburger, D. (2003). *The orientation and mobility assistant survey: Association for the Education and Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired*, Professional Standards OMA subcommittee.

World Health Organization (2010). *Prevention of Blindness and Visual Impairment* May 6. Retrieved from: http://www.who.int/blindness/en.

Wyver , S. & Livesey , D. (2003). Kinaesthetic sensitivity and motor skills of school- aged children with a congenital visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*. 21(1) 25- 31.

Zijlstra G., Van Rens, G., Scherder, E., Brouwer, D. Vander- Velde, J., Verstraten, P et al. (2009). Effects and feasibility of a standardized orientation and mobility training in using an identification cane for older adults with low vision: design of a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*. 9(153) 1- 11.

Zimmerman, G. & Roman, C. (1997). Services for children and adults: Standard program design. In B. B. Blasch, W. R. Wiener, & R. L. Welsh (Eds.), *Foundations of Orientation and Mobility* (2nd ed., pp.383- 405). New York: AFB Press.

المحتويات

الفهرس

الموضوع	الصفحة

الفهرس

الفهرس



SBN : 978-603-8120-71-2
313263
DAR AL-ZAHRAA

الرياض. طريق مكة المكرمة
ت: ٤٦٤١١٤٤ - ف: ٤٦٥٩٥٣٧
ozahraa@hotmail.com dar_alzahraa@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa

دار الزهراء
للنشر والتوزيع